ПРОФ. С. Г. ЖИСЛИН

ОБ ОСТРЫХ ПАРАНОИДАХ

МОСКВА
1940

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
НЕВРО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
имени проф. П. Б. ГАННУШКИНА

ПРОФ. С. Г. ЖИСЛИН

ОБ ОСТРЫХ ПАРАНОЙДАХ

МОСКВА
1940

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящая работа посвящена проблеме острых реактивных параноидов. В ней дается прежде всего описание одной из форм этих последних («параноида внешней обстановки»), наблюдавшейся рядом авторов и встретившей в свое время различную клиническую оценку. Анализ механизмов возникновения этих заболеваний обнаружил наличие в них ряда закономерностей, имеющих значение не для этой одной формы, а для проблемы острых реактивных параноидов в целом; такова прежде всего особая роль экзогенного фактора в рассматриваемых заболеваниях. Изучение этой формы показало далее значение лежащих в основе ее факторов и механизмов, в том числе подчеркиваемого нами фактора внешней обстановки, для понимания некоторых синдромов и заболеваний другого генеза, в частности эндогенных; сюда относятся описываемые нами «острые параноидные сдвиги», недостаточно понятные без привлечения для их объяснения указанных механизмов. Описываемые связи и зависимости показали, таким образом, что проблема острых параноидов представляет интерес для целого ряда важнейших глав клинической психиатрии, на первый взгляд отдаленных от нее по своему содержанию. Изложению этих зависимостей и некоторых связанных с ними общих вопросов в значительной мере посвящена настоящая работа, не ставящая себе, однако, задачи исчерпывающего изложения проблемы острых реактивных параноидов в целом.

ГЛАВА I

ОБ ОСТРЫХ ПАРАНОИДАХ

Острые реактивные параноиды могут быть причислены к наименее изученным формам клинической психиатрии. В обширной группе паранойи и параноических реакций они занимают особое место благодаря симптоматике и течению, которые обнаруживают много своеобразного по сравнению с настоящими парнойяльными заболеваниями. Острое начало, бурное течение, острый психотический характер симптоматики, полное выздоровление в кратчайший срок— делают эти заболевания в известной мере чуждыми другим паранойяльным заболеваниям, при которых речь идет о состояниях, вырастающих медленно и незаметно из особенностей личности и ситуации, а не об ограниченных во времени, внутренне замкнутых и оторванных от общего развития личности эпизодах.

Случаи, относящиеся к острым реактивным параноидам, показывают, что для объяснения их возникновения недостаточно знания ситуации и характерологических особенностей личности—этих основных и решающих факторов в генезе реактивных заболеваний. Во всяком случае, значение этих факторов меняется в своем содержании. На первый план выступают здесь новые патогенетические моменты, обычно не играющие существенной роли в генезе паранойяльных заболеваний, как таковых.

По мере перехода от обычных паранойяльных заболеваний к острым, бурно протекающим параноидам, можно видеть, как меняется в своем содержании значение основных и обычно решающих для паранойяльного, как, впрочем, и для всякого реактивного заболевания, факторов:

1. Все большую роль начинает играть временное изменение почвы, обусловленное экзогенными или соматогенными в широком смысле слова факторами, и все меньшую роль — характерологическая структура личности, конституциональные ее особенности. Вместо конституциональных качеств личности, делающих ее особенно ранимой и чувствительной по отношению к некоторым переживаниям, начинают играть роль сугубо временные, обусловленные экзогенией, изменения. Эти временные изменения как бы направлены к тому, чтобы заменить собой или восполнить требуемые для параноической реакции, но отсутствующие качества личности; они создают временную, действующую в течение короткого срока, патологическую почву благодаря своеобразной, хотя и мало заметной, симптома-

тике данной экзогении. Роль почвы играют, следовательно, здесь временные, экзогенно обусловленные сдвиги, а не конституциональные характерологические особенности, что, впрочем, не исключает значения конституциональных, но внехарактерологических факторов в развертывании заболевания. Последние, однако, нам недостаточно известны.

2. Фактор ситуации тоже меняется в своем содержании. Временное изменение почвы ведет к тому, что по-настоящему диференцированно воспринимать и оценивать ситуацию в такой мере, как прежде, личность становится не в состоянии. Ситуация, как таковая в виде сложных конфликтов, трудностей и пр. начинает уходить из-под настоящего и всестороннего контроля личности. Вместо нее или наряду с ней начинают играть роль элементы все более внешнего порядка — вид внешней обстановки, ее специфическое своеобразие, наплыв внешних впчатлений и пр., к чему, повидимому, оказывается особенно чувствительной и ранимой временно измененная таким путем почва. Так возникают реакции не на одну только травматизирующую ситуацию в тесном смысле этого слова, но и на внешнюю обстановку; эти реакции, как и самый раздражитель, более непосредственны, более остры и неожиданны, чем сложные и диференцированные реакции личности на трудные ситуации и душевные конфликты.

Такого рода изменения в патогенетической роли указанных факторов можно видеть уже на примере острых эпизодов, возникающих иногда на фоне длительных или хронических паранойяльных развитий. На роль истощения в возникновении подобных эпизодов и обострений указывает прежде всего Ясперс[1]. Известны далее своеобразные острые эпизоды, наблюдаемые при так называемом сензитивном бреде отношения и частично обязанные своим возникновением фактору истощения. Подробно мы останавливаемся на этом вопросе в настоящей работе отдельно. Острые вспышки, возникающие на фоне паранойяльного развития личности и обусловленные истощением, описываются также Ланге[2] и Керером[3]. Что касается острых параноидов, развивающихся самостоятельно без предшествующего паранойяльного развития, то давно известны случаи острых тюремных параноидов (Birnbaum, Försterling[4] и др.). Эти случаи до сих пор не представляются достаточно ясными по своей клинической природе, однако и в них, какова бы ни была их природа, подчеркивается роль соматогенных моментов, часто предшествующих заболеванию. Наиболее яркими и, повидимому, бесспорными являются случаи Аллерса и Гершмана, где острые параноидные синдромы возникали при так называемой речевой изолированности (sprächliche Isoliertheit[5]). Речь идет о военноплен-

---

[1] Jaspers. Allgemeine Psychopathologie.
[2] Lange. Die Paranoiafrage.
[3] Kehrer. Erotische Wahnbildungen usv. Arch. f. Psych. 65. (1922).
[4] Försterling. Die paranoiden Reaktionen in der Haft.
[5] Herschmann. Zeitschr. f. die ges. Neur. u. Psych. 66. (1922).

ных, попадавших в чужую среду без всякой возможности речевого контакта и заболевавших острым параноидом. Конкретно во всех случаях, описанных Аллерсом[1] имелось резкое истощение и серьезное соматическое заболевание или ранение; в связи с этим военнопленные, собственно, и попадали в госпиталь, где и развертывалось затем психическое расстройство. Заболевали, следовательно, не просто люди, находившиеся вследствие незнания языка в условиях «речевой изолированности», но люди, прежде всего, тяжело истощенные. Таким образом, какова бы ни была эта роль «речевой изолированности», можно отметить, что и в этих, наиболее ярких из известных в литературе формах острых параноидов заболевание развертывается на базе тяжелой соматогении и истощения. Случаев, возникающих при соматическом благополучии, в работе Аллерса не имеется. Сам автор указывает, что конституциональные характерологические моменты не играли в этих случаях заметной роли, решающим моментом является здесь, по его мнению, ситуация «речевой изолированности», которую он сравнивает с ситуацией, способствующей у тугоухих развитию своеобразного бреда преследования. В этих случаях с достаточной наглядностью демонстрируется указанное выше изменение патогенетических механизмов в отношении почвы, требуемой для возникновения острых параноидов. Что касается ситуации, то, повидимому, автор совершенно прав, указывая на ее решающую роль в генезе заболевания; в равной мере правильным, на наш взгляд, является проводимое им сближение данной ситуации с типовой ситуацией «речевой изолированности» вообще, какого бы происхождения она ни была (тугоухость, иноязычная среда и пр.). Однако внимательный анализ ситуации заставляет признать, что она не ограничивается в приводимых автором случаях так называемой речевой изолированностью. Военнопленные попадали сразу из окопной жизни в условия госпиталя, в обстановку, которая является для всякого человека непривычной и новой; она являлась тем более непривычной для людей, находившихся в течение долгого времени в окопах, а до того мало отрывавшихся от замкнутых условий сельской жизни и никогда, повидимому, ранее не знакомых с пребыванием в больнице. Мы можем сказать, что больные находились в условиях не только «речевой изолированности», но в объективно своеобразной специфической внешней обстановке. Таким образом, не только в отношении почвы, но и в отношении ситуации, содержания последней в этих случаях имеются определенные сдвиги и особенности, совпадающие с теми, которые были указаны нами выше.

Повидимому, этими двумя обстоятельствами и объясняется наличие здесь именно острого параноида. «Речевая изолированность» имеется и у тугоухих, тем не менее мы там не имеем острого параноида, там вообще нет острых, бурно протекающих явле-

[1] Allers. Uner psychogene Störungen in sprachfremder Umgebong (Der Verfolgungswahu der sprachlich isolierthen). Zeitschr. f. die ges. Neur. u. Psych. 60 (1920).

ний. Самая симптоматика там достаточно скудна; бред подвергается колебаниям, по временам — коррекции; в клинической картине вообще преобладает недоверие, которое лишь изредка оформляется в бредовые, притом нестойкие идеи отношения и преследования. Картина острого параноида, таким образом, не может быть объяснена одной ситуацией изолированности, так как при аналогичных условиях у тугоухих мы таких явлений не наблюдаем. Только изменение почвы под влиянием соматогении и наличие в ситуации элементов объективно своеобразной внешней обстановки (помимо речевой изолированности) послужили, видимо, причиной возникновения особой, психотической формы параноидной реакции — острого параноида.

Ряд случаев острых реактивных параноидов описаны Шнейдером, а вслед за ним и Книгге. В некоторых из этих случаев ситуация вовсе не связана с так называемой речевой изолированностью, в других—связана лишь частично. Подробно все эти случаи, как и близкий к ним случай Мейера, будут разработаны нами ниже (см. гл. II), так как они представляют большой интерес с точки зрения роли внешней обстановки, специально занимающей нас в настоящем исследовании. Мы увидим в них те же условия возникновения острых параноидов, которые нами были выше сформулированы и которые так отличают последние не только по клинической картине, но и по патогенетическим механизмам от обычных паранойяльных реакций и развитий.

Таковы данные, касающиеся проблемы острых реактивных параноидов. Случаи, которые приходилось нам наблюдать, касаются в основном одной своеобразной формы острых параноидов, при которой фактор внешней обстановки играет решающую роль, вытесняя собой все прочие ситуационные моменты. Этой форме по преимуществу и посвящена настоящая работа. Как видно будет из дальнейшего, фактор экзогенной подготовленности отчетливо выступает почти во всех случаях. Другие случаи острых реактивных параноидов нам приходилось наблюдать крайне редко; в этих случаях также налицо имелся фактор колоссального физического и психического истощений, на базе которых и возникало в дальнейшем по недостаточно серьезному психогенному поводу заболевание. Таков случай Р-кий (диагноз П. Б. Ганнушкина: реактивный параноид [1]), где острое заболевание возникло на фоне крайнего истощения, связанного с длительным перенапряжением сил; поводом к заболеванию послужили неприятности и угрозы со стороны подчиненных, явно не имеющие серьезного значения, однако они быстро привели к необычайно острому параноиду с резко выраженным аффектом страха и затемнением сознания на высоте заболевания. В условиях стационара заболевание прошло быстро и без остатка. И в этом случае прежде всего, следовательно, бросал-

[1] Этот случай описал А. Н. Молохов в «Трудах юбил. сессии психиатрической клиники I ММИ».

ся в глаза соматический фактор, точнее — фактор истощения, который и участвовал в создании особой подготовленности, почвы, без которой немыслимо было бы возникновение реактивного заболевания, к тому же столь острого, по явно недостаточному, несоразмерно малому поводу.

С самого начала, следовательно, обращает на себя внимание тот факт, что группа острых реактивных параноидов, несомненно, психогенно реактивная по своей природе, имеет какое-то отношение к соматогениям и экзогенным заболеваниям. Этим группа острых параноидов отличается от других групп паранойяльных заболеваний, развитий и реакций (обычно длительных); благодаря этому обстоятельству и возникали нередко сомнения в клинической трактовке этих случаев. Отличие от других паранойяльных реакций, как и вообще от реактивных заболеваний, усугубляется тем, что в качестве одного из элементов травматизирующей ситуации здесь выступают черты или особенности внешней обстановки, не играющие заметной в нормальных условиях большой патогенной роли. В приведенных случаях больные реагируют не только на травматизирующую ситуацию в тесном смысле этого слова, но и на объективно своеобразную внешнюю обстановку—на наплыв впечатлений, на необычный для больного комплекс раздражителей. Приходится считать, что только благодаря наличию экзогенного фактора, глубокому, хотя и временному изменению почвы, становится возможной такого рода реакция на обычно малопатогенный раздражитель. Самый характер реакций, клиническая картина заболевания также во многом начинает терять особенности заболевания реактивного, приобретая внешне черты экзогенного расстройства. Острые психотические картины, как известно, вообще мало характерны для реактивных заболеваний. Введенский И. Н.[1] подчеркивает, что подлинная психогения, стоящая на границе болезни, есть заострение нормальных реакций личности, не доходящее до степени психоза. Однако и этот автор делает отступление от выдвигаемого им положения для тех случаев, когда в заболевании имеются серьезные осложняющие моменты. Так возникают, например, описываемые этим автором реактивные психозы у алкоголиков. Повидимому, наличие предварительной подготовленности почвы (благодаря той или иной экзогении) содействует возникновению такого рода острых реактивных заболеваний, по симптоматике напоминающих некоторые экзогенные расстройства. Это временное изменение почвы не может сравниваться с изменениями личности, обусловленными хроническим душевным заболеванием, с нажитым благодаря деструктивному процессу дефектом. Последний, как справедливо указывает И. Н. Введенский, делает невозможным возникновение настоящего реактивного заболевания. Это и понятно, так как глубокий дефект, обусловленный процессом, делает подчас затруднительным всесторон

[1] Введенский И. Н. Судебно-психиатрическая оценка реактивных состояний. В сборнике «Проблемы судебной психиатрии». Москва, 1938 г.

ний охват ситуации по существу и невозможной самую реакцию, ввиду недостаточности аффективных ресурсов больного. Другое дело—временное изменение почвы под влиянием экзогении (недостаточно мощной, чтобы дать симптоматический психоз), имеющееся в наших случаях; оно изменяет качественно эту способность личности к реакции, ослабляя может быть ее способность к правильной оценке ситуации, но зато сенсибилизируя ее реактивную способность по отношению к ряду внешних моментов и раздражителей .

Таким образом, в условиях возникновения данного заболевания имеется достаточно моментов, объясняющих его острый характер в экзогенную окраску. В основном же оно остается психогенно реактивным по своей природе, за что говорит обязательность наличия травматизирующей ситуации в том или ином понимании для его возникновения.

Своеобразие этого реактивного заболевания, однако, настолько велико, что попытки ближе квалифицировать его в пределах группы психогенно реактивных растворов наталкивается на большие трудности. Так, нелегко решается здесь вопрос о том, надлежит ли считать рассматриваемые острые параноиды стоящими ближе к психогенным реакциям в тесном смысле этого слова или к реактивным. Под последними мы обыкновенно понимаем заболевания, в генезе которых выдающуюся роль играют конституциональные, характерологические особенности личности. В данном заболевании они, как мы видели, не играют мало-мальски значительной роли. Но и роль ситуации в этих случаях в достаточной мере условна, так как находится в зависимости от наличия известной подготовленности почвы, обусловленного истощением или другими факторами. В рамках обычных классификаций, следовательно, вопрос этот не разрешим. Можно, пожалуй, отнести его к реактивным, если условиться, однако, понимать под последним реакции, в которых большую роль играют не обязательно конституциональные моменты, а почва в любом понимании последней, в том числе и временные изменения ее под влиянием тех или иных экзогенных факторов. Если, с другой стороны, придерживаться деления реакций по степени участия в них ситуационного или конституционального фактора (Ганнушкин [1]), то острые параноиды, аналогичные приведенным выше, придется отнести к реакциям ситуационным. Классификационные трудности объясняют на наш взгляд различие в номенклатуре, встречающееся в литературе по поводу такого рода реакций. Так, Керер[2] говорит о параноических реакциях в тесном смысле этого слова и ситуационных психозах, Молохов говорит о параноических и параноидных реакциях, К. Шнейдер выделяет специально примитивный бред преследования, в который попадают многие из перечисленных случаев (в том числе случаи так называемой «речевой изолированности».

---

[1] Ганнушкин. Клиника психопатий.

[2] Kehrer. Paranoische Zustände. Handb. d. Psych. под ред. Бумке.

Представляется важным на наш взгляд не столько решение вопроса о формальной принадлежности этого заболевания к той или иной группе, сколько вскрытие интимных патогенетических механизмов его возникновения и вскрытия, а по возможности и объяснение его клинического своеобразия. Отнесение его к группе реактивных заболеваний само по себе не решает вопроса, так как оно и в рамках последней занимает место своеобразной и до известной степени автономной, не сливающейся полностью с этой группой, клинической формы.

ГЛАВА II

ПАРАНОИД ВНЕШНЕЙ ОБСТАНОВКИ

В предыдущей главе мы указывали на своеобразие патогенетических факторов, участвующих в создании острых параноидов. Из них выдающуюся роль, как мы видим, наряду с травматизирующей ситуацией играет объективное своеобразие окружающей обстановки. Элементы этого нового фактора, не отделимого, впрочем, от понятия ситуации в широком смысле слова, играют немаловажную роль даже в таких случаях, где решающее патогенное значение принадлежит иной травматизирующей ситуации (например «речевой изолированности»). Имеются, однако, такие формы острых параноидов, в которых основная патогенная роль принадлежит исключительно этому выделяемому нами фактору внешней обстановки. Травматизирующая же ситуация или вообще отсутствует в подобных случаях, или играет по сравнению с указанным фактором второстепенную роль. В этих случаях, следовательно, указанное нами своеобразие патогенетических факторов, изменение в содержании понятия почвы и ситуации достигает своего завершения, соответственно чему предстает законченно своеобразной и клиническая картина этой формы острых параноидов. Речь идет о случаях, описанных рядом авторов, а также несколько лет тому назад нами в статье «Об одной форме острого параноида»[1]. Мы имеем в виду случаи острого психического расстройства, возникшего у людей ранее здоровых во время поездки по железной дороге. Быстро, почти без предвестников, начинал развертываться бред преследования: больному начинает казаться, что за ним следят, что он является центром всеобщего внимания, за ним следят отдельные подозрительные лица или целая шайка, его собираются ограбить, убить, подвергнуть мучениям. Все кругом происходящее на вокзале имело непосредственное отношение к этому преследованию и замышляемому злодеянию; больной чувствовал себя безоружным, одиноким, окруженным врагами. Этот развертывавшийся в течение часов или суток бред преследования сопровождался необычайно резким аффектом страха, непрерывно нараставшим и толкавшим больного на крайние, но адекватные для такого рода «ситуации», шаги: раздавал свои вещи с целью умилостивить «преследующих», умоляя их оставить ему жизнь; в ужасе выбрасывался на ходу из поезда, разбивал при этом стекла и, не

[1] Труды Воронежской психиатрической клиники, 1934 года.

обращая внимания на полученные ранения, бежал дальше; бросался на рельсы под поезд, чтобы покончить с собой и т. д.

Начинался и развертывался параноид при сравнительно ясном сознании. В дальнейшем же явственно под влиянием аффекта страха и на высоте последнего, при попытке на самоубийство или во время бегства, сознание затемнялось, оставляя по выздоровлении амнезию, иногда неполную, на небольшой, весьма ограниченный отрезок времени.

Как правило, все эти больные, будучи стационированы, обнаруживали уже в следующие 1—2 дня полную критику к случившемуся с ними и выздоравливали.

Часть описанных случаев представляла собой людей, до этого здоровых. Преобладали среди них как будто бы личности скорее астеничные, но были люди и противоположного склада. Для многих из них дальняя поездка по железной дороге представляла собой совершенно необычное (в первый раз) или во всяком случае непривычное дело: но это касалось не всех больных из нашего материала. Во многих случаях мы имели трудные условия поездки; иногда налицо были и добавочные психогенные травматизирующие моменты (невозможность достать билет при пересадке и пр.). Однако все эти ситуационные моменты имелись далеко не во всех случаях. Что постоянно характеризовало наши случаи — это то, что они возникали в условиях железнодорожной обстановки. Это единственный, хотя и внешний, но постоянный ситуационный момент во всех описанных случаях. Менее постоянно, но все же в подавляющем большинстве случаев, имелись тяжелые условия длительного путешествия, связанные прежде всего с лишением сна, полным или частичным, физической усталостью, неправильным или недостаточным питанием и т. д.; часто имели место все указанные моменты одновременно. Такова одна группа случаев из описанных нами, относившаяся к лицам до этого в основном здоровым и не имевшим никаких патологических антецедентов в анамнезе.

Другая группа касалась людей с той или иной патологией в анамнезе. Здесь были люди, перенесшие ранее приступ шизофрении, но находившиеся в состоянии ремиссии и практически как будто здоровые. Они давали при тех же условиях внешней обстановки вспышки параноида, аналогичные только что описанным. Кроме отдельных второстепенных деталей, эти параноиды были вполне сходны с теми, которые возникали в первой группе случаев. Иногда это были алкоголики, путешествие которых выпадало, видимо, на период похмелья. Параноиды, которые давали этого рода больные, имели, естественно, ряд алкогольных черт.

Во всех случаях мы так же, как и в первой группе, имели нередко предшествовавшее переутомление, лишение сна, а иногда в качестве добавочного фактора и нерезко выраженную гриппозную инфекцию.

Все описанные случаи (как «чистые», так и те, где в основе имелись шизофрения или алкоголизм) трактовались нами, как своеоб-

разные реактивные параноиды, возникавшие в качестве реакции временно дефектной или в той или иной мере инвалидной психики на самую железнодорожную обстановку, подавляющую в исключительных случаях своей необычностью непривычного, а тем более больного или психически ослабленного человека.

Расценивая эти параноиды как реактивные, мы отметили в то же время их глубокое своеобразие. Первой особенностью их являлось то обстоятельство, что патогенным моментом выступал здесь не тот или иной жизненный конфликт, неудача и т. п., не психогенная ситуация в обычном и употребительном смысле этого слова, а внешняя обстановка. Этот фактор является общим и характерным для всех без исключения случаев, в то время как травматизирующая ситуация в тесном смысле этого слова имелась лишь в части случаев. Вторая особенность заключается в том, что почти во всех случаях требовалась обязательно какая-то готовность для возникновения данного заболевания; причем в первой группе случаев готовность создавалась длительным лишением сна и другими тяготами и истощением во время длительного путешествия; в другой группе случаев она создавалась наличием шизофренического процесса в его неактивной форме или же наличием алкоголизма, чаще всего состояния похмелья, или, наконец, другими, органического генеза, факторами. Нередко и при наличии шизофрении или алкоголизма имело место предшествующее лишение сна и истощение или еще один добавочный фактор, как,например, гриппозная инфекция. Во всех случаях создавалась, следовательно, тем или иным путем своеобразная готовность к неправильному, патологическому восприятию окружающей специфической обстановки, приводившая в конечном итоге к возникновению параноида. В нашем материале был и такой, правда, единственный случай, где не было как будто значительного истощения или длительного лишения сна и где тем не менее разыгравшийся параноид был достаточно ярок и типичен. Этот случай еще больше подчеркивал патогенную роль данной специфической внешней обстановки. Очевидно при соответствующих качествах этой последней и при некоторых ближе нам неизвестных, конституциональных особенностях параноид, хотя и крайне редко, может разыграться и без указанных соматогенных факторов, как это бывает с другими, более обычными психогениями, которые могут возникать под воздействием одной только травматизирующей ситуации, без участия каких-нибудь вспомогательных моментов. Случаи, разыгравшиеся на шизофренической почве, мы приравнивали к реактивным вспышкам при шизофрении. Подобно этим последним и наши, возникавшие на шизофренической почве, заболевания быстро заканчивались, и больные возвращались к тому же сравнительно благополучному состоянию, которое имелось у них до возникновения параноида; реже наблюдалось обострение процесса. Эти случаи, следовательно, отнюдь не являются спонтанными вспышками шизофрении (за которые их, вероятно, обычно принимают ввиду неразличимости здесь свое-

образного психогенного фактора «внешней обстановки»), а должны рассматриваться, как острые параноиды на дефектной шизофренической почве. Точно так же и соответствующие параноиды у алкоголиков, обычно уснащенные алкогольной наслойкой, не являются алкогольными психозами (за которые их тоже принимают), а являются реактивными параноидами, возникающими на болезненной алкогольной (похмельной) почве и не лишенными поэтому патопластической алкогольной симптоматики.

Таков клинический материал, приведенный нами в указанной статье, и такова наша трактовка этого материала. Приводим для иллюстрации несколько случаев из материала, опубликованного в нашей статье, а также новые наблюдения. Все они касаются острых параноидов, принадлежащих к 1-й группе, т. е. тех, которые возникли у людей, до этого здоровых, на почве, не осложненной никакими добавочными, в частности, эндогенными, заболеваниями. Такие случаи чистых острых параноидов нас, естественно, интересуют здесь в первую очередь.

Случай 1-й, больная Е., 27 лет. В отношении наследственности ничего патологического не отмечается. Больная развивалась правильно, по характеру была мягкая, уступчивая, живая, не любила рассказывать кому-либо о семейных ссорах или своих обидах, таила в себе, но быстро изживала их. Работала дома.

В марте 1934 года решила выехать к сестре в Ростов. 16 марта выехала из деревни в хорошем, бодром настроении, взяла с собой, кроме вещей, хлеба и денег. Предстояли 2 пересадки: на ст. Оходчивое и в Воронеже. До приезда в Воронеж настроение было хорошее, беседовала с соседями, узнавала, когда приедет; с поезда сошла спокойно, пошла внутрь вокзала, тут узнала, что надо стать в очередь, чтобы компосировать билет. Полтора часа простояла, но безрезультатно, из вокзала не выходила, сидела и ждала следующей посадки. Ночью прилегла с целью вздремнуть, спать она боялась из-за вещей, проснулась, когда подошел к ней какой-то беспризорный, попросил подвинуться. Больная поднялась и перешла на другое место. «Беспризорный» будто бы стал тащить мешок у соседки. Все молчали, хотя и смотрели на это, а больная начала волноваться Потом к другой женщине подошел человек в шинели и стал укладываться на ее вещах. Больная говорит, что он якобы помахал платочком, почувствовала какой-то неприятный запах, женщина спала, а подошедший человек говорил ее детям: «Спите, спите, я ваш папа». Около этих вещей стояло будто бы двое беспризорных. Через несколько времени эта женщина стала кричать, что у нее украли вещи.

Утром 20 марта видела двух подозрительных «странных людей в кожаных тужурках, они казались бандитами, слышала, как они между собой говорили: «Мы сейчас заберем этих людей», указывая на нее. Показалось, что один человек махнул бумажкой, подумала, что он зовет, вышла на площадь вошла в камеру хранения ручного багажа, но там никого не было. Больная не успокоилась, казалось, что тот, который ее звал, может вернуть ее с поезда. Стала в очередь за билетом, но чувствовала себя очень плохо, спрашивала пассажиров, зачем ее хотят забрать, плакала, дрожала, вещи оставила чужим людям, а сама ходила по вокзалу и искала того, кто помахал бумажкой, ходила в ГПУ, жаловалась, просила помощи. Больная пошла к вещам, плакала, порвала на себе платье, разорвала головной платок пополам. Уговоры соседей не действовали, говорила, что ей теперь все равно; «Раз меня забирают, то мне теперь ничего не нужно. Считала, что убить ее хотят бандиты. Забыла о билете, прилегла на вещи, неприятный запах продолжала ощущать. Днем (19-го или 20-го) уходила с одной женщиной за хлебом, тут

уж не боялась оставить вещи на соседку. О бандитах не думала, но чувствовала себя плохо, уже как-то перестала думать о Ростове, о билете ходила за кипятком, за конфектами, потом крепко уснула. Проснулась в большом волнении, начала говорить всем, что ее хотят застрелить, видела мужчин, которые смотрели на нее, казалось, что они вынимают наганы и вот будут стрелять в нее, испытывала сильный страх Подошедшим двум милиционерам говорила, чтобы они часть ее вещей себе взяли, а остальные оставили бы ей. Они позвали ее за собой и перевели в какую-то дежурку. Там больная распорола свой узел и стала показывать вещи, просила переписать. Милиционеры вещи просмотрели, положили в сторону, спрашивали фамилию. Там провела ночь, сидела на стуле и дремала.

Как вышла из этой комнаты, не помнит, очутилась в городе, стало казаться, что уже в Ростове. Адреса ее сестры никто не мог указать. Ходила, не ела, казалось, что все говорят: «Вот ходит, вот ходит». Наступил вечер, стало казаться, что какие-то люди хотят ее зарезать, крикнула и бросилась бежать, была задержана двумя милиционерами. Решила, что это те именно, кого она боялась, умоляла не трогать ее. Была приведена ночью в больницу. И здесь думала то же самое, не понимала, что это больница, думала, что не больные, а дети маленькие лежат. Говорила, что дети перепугаются, если ее станут резать. Запах перестала чувствовать. Не пила, боялась отравы. Когда после укутывания проснулась, поняла, что находится в больнице, но вначале думала, что в деревенской Вскоре сообразила, что она в Воронеже, перестала бояться нападения, стала надеяться на помощь врачей. Хорошо поняла, что все это было болезнью. 23/III сообразила, что она в больнице для душевнобольных.

Случай 2-й[1], больная Р. М. Г., 28 лет, замужняя. Поступила 10 марта 1934 года. Выбыла 11 марта 1934 года.

Объективный анамнез (со слов мужа). Родственников больной не знает. Больную знает с 22 лет, в то время работала уборщицей в Донбассе; по характеру сердитая, настойчивая «бойкая»; любила общество, в свободное время всегда посещала увеселительные места, плясунья, имела много подруг, решительная, предприимчивая, в работе «ловкая», подвижная; семейная жизнь сложилась хорошо, но муж отмечает, что она властная, любила «подчинять», всем заправляла в доме; хорошая хозяйка очень расчетливая, ревнивая. Любит выпить, но пьяной бывает редко, 2—3 раза в год, делается при этом веселой, болтливой. За три года совместной жизни ничем не болела, была полная, цветущая. До 1932 года работала в Донбассе уборщицей, потом переехала в район, где она служила в МТС тоже в качестве чернорабочей, прослужила 6 месяцев, переехала в Ташкент, где жили до настоящего времени. В декабре 1933 года родила нормально в срок. Ребенок здоровый, кормит сама. Последние три месяца приходилось мало спать, так как беспокоил ребенок, в среднем в сутки приходилось на сон 2—3 часа. 3 марта выехали из Ташкента в Калач к родственникам, не видела их в течение пяти лет, была очень рада переезду к ним, «сильно рвалась». В дороге не спала в течение 6 суток, мало ела, было 4 пересадки; приходилось по-двое суток сидеть на вокзале, всю дорогу сильно волновалась, боялась, что не возьмут билета, беспокоилась, что ребенок не купанный, нельзя его хорошо покормить, все время напряженно следила за вещами. 10 марта в 3 часа утра, после последней пересадки в Козлове на Воронеж, спокойно вошла в вагон и стала успокаиваться; окружающие соседи по вагону стали а один якобы с недоверием, спрашивать, откуда они едут; ей стало неприятно «в лице изменилась», но ответила, что они жили в Ташкенте и работали и сейчас же добавила: «Вижу не верите» Одна женщина вскользь заметила, что ребенок такой слабенький и плохой, «ухожен»; она сейчас же взяла ребенка и ушла в конец вагона; стала плакать, потом вдруг схватила раздетого ребенка и бросилась к двери; хотела на ходу спрыгнуть с поезда, но ее задержал проводник, она сопротивлялась, не хотела

[1] История бол. Е. Е. Морозовой.

итти в вагон, плакала, металась, вырывалась, ребенка не отдавала, стремилась бежать; кричала, что их сейчас порежут, искала вещи, которые считала пропавшими, пугалась всякого шороха, все разговоры окружающих принимала на свой счет: «Посмотри, все вокруг сговорились нас порезать», при этом снимала с себя и ребенка одежду и предлагала соседям: «Возьмите, только не трогайте нас», от еды отказывалась. Так продолжалось всю дорогу до Воронежа: с трудом была снята с поезда и направлена в скорую помощь; там приняла лекарство и сейчас же уснула часа на два, после чего была направлена в психиатрическую больницу.

При поступлении на вопросы не отвечала, была крайне тревожна, вздрагивала от каждого стука, стремилась к двери, кричала, что их порезали, обокрали, ребенка считала умершим, плакала, с трудом была введена в отделение.

11 марта. Ночь спала хорошо, ориентирована полностью; тяготится пребыванием среди душевнобольных, интересуется ребенком, мужем, к прежнему состоянию относится вполне критически; рассказывает, что ей казалось, что муж уже мертвый, что все кругом бандиты, хотят их порезать. Мимика живая, адекватная, при выписке благодарила всех, взяла адрес, обещала писать.

Случай 3-й, больная В. М. Е., 37 лет, колхозница, замужем, поступила 22 апреля 1934 года, выбыла 30 апреля 1934 года.

Анамнез. Родственники по характеру мягкие, отзывчивые, общительные.

Больная нормально росла и развивалась, в детстве перенесла корь, 9 лет упала в погреб, сломала себе ногу, к вечеру того же дня были судороги во всем теле, изо рта шла пена; продолжались эти явления одну ночь, больше в течение жизни припадков не повторялось, никогда не страдала головокружением, 9 лет поступила в школу, 13 лет окончила; в дальнейшем обучалась на курсах кройки и шитья. До 23 лет работала дома, в это время перенесла сыпной и брюшной тиф, 24 лет вышла замуж, семейная жизнь сложилась хорошо, беременностей не было ввиду женских болезней. Все время жила дома, занималась сельским хозяйством до 36 лет; была выдвинута колхозом на курсы учетчиков, хорошо справлялась с работой; никогда ничем не болела, была полная, «цветущая»; по характеру добрая, жизнерадостная, имела много знакомых; отмечалась некоторая мнительность, боязливость.

21 апреля больная выехала в г. Моршанск к мужу. Две ночи не спала, стерегла свои вещи Ела достаточно. Перед Лисками ей стало казаться, что кругом много воров и бандитов. Когда ей кто-то посоветовал убрать чемодан от окна, так как могут украсть, она раскрыла чемодан и стала всем показывать, что в нем нет ничего ценного. Чемодан упал вниз, и ей показалось, что кто-то нарочно столкнул его, и что женщины стали оттуда выхватывать вещи (на самом деле все оказалось в сохранности). Больная, видя, что тащат вещи, стала кричать о помощи, но никто не подходил, «только посмеивались». Один гражданин все время производил на больную странное впечатление, так как все говорил, что он иностранец между тем хорошо говорил по-русски и вообще держался «особняком» Забилась на нижнюю полку, вся дрожала и только молча следила главным образом за тем гражданином. Не прошло и получаса, как больная заметила у него в руках белый маленький ножик, которым он показал на нее и пристально смотрел. Стало очень страшно, думала, что весь вагон сговорился против нее, так как, когда она кричала, все смеялись и никто не заступился за нее; решила искать защиты у проводника и хотела выйти из вагона на площадку, но проводник закрыл дверь и не пускал ее из вагона. Ей показалось это подозрительным, считала, что он тоже вместе со всеми в заговоре обворовать ее, а чтобы скрыть следы, — убить ее или зарезать. Еще подозрительнее все показалось, когда поезд остановился на станции, а в вагон никого не пускали, несмотря на наличие мест; больная начала кричать с площадки, что мест много, и упрашивала одного военного войти, у которого искала защиты. Когда военный не сел в этот

885

вагон, стало еще более страшно. Для того чтобы «остаться хотя бы в живых», больная разбила окно, но она не могла пролезть через него, так как оно было недостаточно широко, — разбила второе и выскочила с криком: «Спасите, спасите».

Поезд в это время приближался к станции, больная бежала вдоль поезда, искала того военного, который ехал в соседнем вагоне. О разбитое стекло сильно поранила руки, была задержана кондуктором. Больная просила не вводить ее обратно в вагон, целовала руки, была переведена в другой вагон, «но страх не утихал», не верила никому, искала защиты только у военных и у граждан, ехавших с детьми.

Когда ей перевязали руку, проводник связал ее; сильно сопротивлялась, обещала сидеть спокойно. В Воронеже, когда санитар стал выводить ее из вагона, снова появилось подозрение, что ее хотят «сделать нехорошей», завести куда-нибудь и зарезать, сильно сопротивлялась. Когда сказали: «В психиатрическую больницу», стало не так страшно, решила, что там не зарежут, согласилась итти, хотя себя считала нормальной, думала, на нее хотят «наговорить мозговую болезнь», таким образом, она потеряет право и контроль над своими вещами, последними «поживятся» проводник и санитар, находящиеся в сговоре с жуликами, «может быть они просто боятся жуликов и выполняют то, что те им скажут». В клинике на следующий день — полная критика ко всему случившемуся. 30 апреля выписана здоровой.

Случай 4-й. Больная М. В. К., 41 года. Поступила в городскую психиатрическую больницу 29 декабря по путевке районного психиатра. 12/XII выехала из Москвы к родным в Караганду. Не доехала до места. В Свердловске была снята с поезда и отправлена в психиатрическую больницу, где она пролежала 10 дней и была отправлена в хорошем состоянии домой, с няней до вокзала. В дороге снова стало страшно, казалось, что хотят убить, растеряла деньги, документы, вещи. В Москве была отправлена в психоприемник. Сознание ясное, ориентирована, слуховые галлюцинации, бредовые идеи преследования, отравления, страхи. При поступлении возбуждена, протестует против помещения ее в больницу. Боится, что ее привезли на смерть, просит пощадить ее ради детей и красивой внешности, сознание не вполне ясное, речь бессвязная.

Анамнез. В семье душевнобольных не было. По характеру больная была нервная, тревожная, вспыльчивая. Странностей в поведении никогда не отмечалось, особенной подозрительностью не отличалась. В школе училась два года, учение давалось трудно, бросила. Служила домработницей, потом в столовой, последние 2 года прессовщицей на фабрике. Menses с 14 лет. От первого брака имеет дочь. 7 декабря уволилась с работы, так как чувствовала себя усталой, захотелось отдохнуть. Поехала к сестре в Караганду. Перед отъездом была здорова, но волновалась, как всегда перед дорогой. Выехала 12 декабря, доехала до Свердловска. Далее, больная рассказывает, что там «было много жуликов», никак не могла компостировать билет, растерялась «пугалась до ночи». Была направлена в психиатрическую больницу, где пробыла 10 суток. Была посажена в поезд и отправлена в Москву. На какой-то станции показалось, что ее окружили. Выскочила из поезда, бросилась бежать, кому-то отдала деньги, паспорт и чемодан: «Чтобы не было страшно». Была снова посажена в поезд и 29 декабря была доставлена в психоприемник. Там было страшно, казалось, что ее убьют.

Психический статус. Больная в кабинет вошла со словами: «Не убивайте меня, что вы хотите со мной сделать». Сидит неспокойно, озирается, лицо тревожное. С подозрением относится ко всему, к словам и жестам окружающих. Во времени, месте ориентирована, знает, что она в б-це, что с ней говорит врач. Считает, что попала сюда потому, что испугалась на вокзале. Точно рассказать о случившемся не может, то говорит, что ее обокрали, то, что ей просто стало страшно и она сама отдала деньги и паспорт, чтобы избавиться от страхов. В больнице с ней

что-то сделают, наверное убьют; беспокоится о домашних, о своих вещах. «Хоть бы пальто дочери осталось, мне уж не выйти отсюда живой». Уговорам не верит. Даже сообщение о том, что посылали к ее родным, встретила с подозрением. «Свидание завтра, а сегодня вы послали, значит дело мое плохо». Обманы чувств отрицает. Полное отсутствие критики. «Я здорова, дома мыла полы, а вы меня сюда привезли». Физический статус. Cor. — тоны глуховаты. В легких небольшое количество сухих хрипов. Неврологически: лицо симметрично. Мимика живая. Зрачки равномерны, реакции на свет и конвергенцию живые. Сухожильные рефлексы, кожные рефлексы — живые. Патологических рефлексов нет. 31 декабря ночь спала хорошо. Стала значительно спокойнее. Вечером пришла дочь с мужем. Встретила с большой радостью. Упрекала дочь, что взяла ей билет не прямого сообщения, а с пересадкой. Просится домой, но согласилась подождать до завтрашнего дня, так как больше уже не боится. 1 января покойна, сознание ясное. Ночь спала хорошо. Страхов нет. Доступна. Очень тяготится больницей. Выписана.

Заболевание, которое развернулось во всех 4 случаях и дало примерно одинаковую картину, возникло при весьма сходных обстоятельствах; явно различны лишь конституциональные особенности заболевших, не позволяющие говорить здесь даже о частичном сходстве: ясно выраженные шизоидные черты в одном случае, в другом — циклоидная личность, может быть с некоторыми астеническими компонентами, и резко выраженная стеничная и гипертимичная личность в третьем случае. Общим для всех случаев является здесь наличие предшествующего истощения и переутомления, связанного в большей мере, хотя и не исключительно, с лишением сна: в одном случае б-ная не спала в течение двух ночей; в другом—б-ная вообще была утомлена длительным путешествием, плохо чувствовала себя физически (присоединившаяся гриппозная инфекция?); в третьем — эти истощающие факторы выражены особенно сильно; в связи с кормлением ребенка, в течение трех месяцев спала не больше двух, трех часов, в дороге не спала в течение 6 суток, мало ела; больная была истощена еще до поездки, и в дороге это истощение достигло, видимо, весьма большой степени. У всех заболевание развернулось во время поездки по железной дороге, у двух — на вокзале, у двух — в поезде. В двух случаях путешествие представляло некоторые добавочные трудности, которые приходилось преодолевать, однако они не были особенно велики; в одном случае этих трудностей не было вовсе. Основной фон настроения, с которым больные начали путешествие, был во всех случаях различным. В одном случае больная «выехала в прекрасном настроении», «до Воронежа настроение было хорошее», и даже «с поезда сошла спокойно». Изменилось настроение в дальнейшем на вокзале с возникновением заболевания. Во 2-м и 3-м случаях имелась, может быть, некоторая озабоченность по поводу сохранности вещей. В третьем — б-ная была очень рада поездке, «рвалась к родным», в то же время были заботы о ребенке, который проделал с ней трудное путешествие, а также о вещах. Непосредственно перед самым возникновением заболевания можно отметить в одном случае разговор с пассажирами, которому больная придала особое значение; вслед за ним с необычайной остротой развернулось самое

заболевание. Однако, повидимому, уже самый рзаговор был воспринят бредовым образом, и вряд ли можно расценивать его, как добавочный травматизирующий фактор. В других случаях таких моментов непосредственно перед самым началом заболевания не отмечалось. При таких обстоятельствах во всех случаях развертывался бред отношения и преследования, быстро нараставший. В одном случае, кстати, именно там, где истощение было значительно больше, чем в других, бред преследования развернулся с молниеносной быстротой; в других — он нарастал в течение часов или суток, колебался вначале в своей интенсивности, обнаруживая, однако, в целом тенденцию к нарастанию; больная уходила с вокзала в город, возвращалась обратно, искала разъяснений или поддержки, укладывалась спать. Но все же и здесь параноид развертывался достаточно остро, в течение часов или суток. Стоит, может быть, особо отметить, что в этом случае нарастание параноида пошло особенно быстро после того, что они окружены врагами, что их хотят ограбить и убить. Все окружающее они истолковывали в этом смысле. Настоящих галлюцинаторных феноменов почти не было, или они были выражены крайне скудно; преобладали бредовые толкования и иллюзорные восприятия. Страх и бред продолжали быстро нарастать и больные пытались отчаянными мерами спасти себе жизнь. В одном случае больная раздавала вещи, потом бросилась бежать; в другом — хотела соскочить с поезда на ходу, умоляла взять ее вещи, но оставить в живых ее и ребенка; в третьем и четвертом — разбила стекло в окне вагона и выскочила, не обращая внимания на полученное ранение и оставив на произвол судьбы вещи, о которых раньше беспокоилась. В это время на высоте аффекта страха в двух случаях можно было отметить затемнение сознания; в одном из них имелось явственное и довольно длительное затемнение сознания с дезориентировкой (казалось, что она в Ростове или в деревенской больнице) и с частичной амнезией. В этом последнем случае имелась также добавочная симптоматика: она ощущала неприятный запах, имелись, видимо, и какие-то своеобразные расстройства восприятия (видела странных людей, в больнице лежали не больные, а маленькие дети). У всех четырех после стационирования психотическая вспышка обошлась полностью и без остатка в кратчайший срок.

Как же следует расценивать описанные заболевания? Ввиду того, что случаи на первый взгляд не вполне понятны как реактивные, остановимся вначале на нереактивных диагностических возможностях. Прежде всего приходится полностью исключить в этих случаях вспышку шизофренического процесса. Последняя отвергается имеющимся анамнезом, интактной личностью, необычайной насыщенностью аффекта во время вспышки, бесследным и невероятно быстрым (на другой же день) исчезновением всего параноида, с полным и абсолютным возвращением критики к перенесенному заболеванию. По клинической картине описанные случаи напоминают некоторые экзогенные формы реакции, в частности, картину остро-

го алкогольного галлюциноза. Однако последний приходится полностью отвергнуть ввиду отсутствия каких бы то ни было указаний на наличие хронического алкоголизма, на злоупотребление алкоголем вообще. Да и помимо этого, как мы видели в этих случаях, не было настоящего наплыва слуховых галлюцинаций. Об абортивной же форме алкогольного галлюциноза или атипического алкогольного психоза без большого участия галлюцинаторных феноменов не приходится говорить ввиду необычайной остроты психотической картины в этих заболеваниях. Вряд ли можно также серьезно говорить о наличии симптоматического психоза при каком-то остром инфекционном или другом соматическом заболевании; такого заболевания не было (кроме возможности легкой инфекции в одном случае). Помимо этого, случаи параноида без настоящего галлюцинаторного наплыва являются крайней редкостью при острых инфекциях и соматогениях. В тех редких случаях, где имеется действительно настоящий параноид, протекающий при ясном сознании (см. например, материал, приводимый Эвальдом[1]), мы видим не острый и кратковременный, насыщенный аффектом страха и быстро завершающийся синдром, а скорее—тянущуюся все время инфекции бредовую подозрительность с некоторой наклонностью к систематизации, с недостаточным или умеренным аффектом тревоги. Но, как мы говорили, о настоящей инфекции или тяжелой соматогении в трех случаях не могло быть и речи. Остается возможность какой-то экзогенной реакции в ответ на самое истощение, которое, несомненно, имело место во всех случаях. Но прежде всего роль истощения и переутомления в генезе так называемых экзогенных форм реакций должна считаться весьма ограниченной. Далее, истощение, имевшее здесь место, было велико лишь в одном из приведенных случаев, в трех других — переутомление и недостаточный сон, вызвавшие известное истощение, не могли, конечно, послужить причиной острого симптоматического психоза. Помимо этого, во всех случаях наблюдалась одна и та же картина — параноида со страхом, с затемнением сознания на высоте психоза — картина необычайная, как мы видели, для экзогенных форм реакций вообще. Самая однотипность картины также говорит против трактовки этих случаев как экзогенных форм реакции; как бы ни обстояло дело с непрекращающимися спорами о специфичности или неспецифичности экзогенных форм, во всяком случае клинически мы пока не знаем такой вредности, которая давала бы один и тот же экзогенный тип реакции, и еще меньше знаем такие, которые давали бы почти всегда параноидный синдром, достаточно чуждый экзогенным формам реакции и встречающийся при экзогенных заболеваниях лишь в виде крайней редкости.

Приходится, таким образом, возвращаться к реактивной при-

---

[1] Handbuch der Psychiatrie, под ред. Бумке, т. VI.

роде этих параноидов. Здесь, однако, с самого начала нас также встречают трудности, на первый взгляд непреодолимые. Имелась ли вообще какая-нибудь травматизирующая ситуация в этих случаях? Лишь в одном случае можно говорить о наличии определенных затруднений или некоторой неудачи (в получении билета); однако и в этом случае, даже при наличии действительно больших трудностей или неудач (чего здесь не было), параноидная реакция не соответствовала бы содержанию психогенного фактора. Скорее ему могла бы соответствовать реакция отчаяния или депрессии, но не параноидная реакция со страхом. Проф. Ганнушкин в своей книге указывает, что реактивные параноиды появляются там, где по той или другой причине слабая, неустойчивая, внушаемая личность попадает в ложное, изолированное положение. В качестве примера он приводит, изолированное положение в совершенно чуждой среде, например, в среде людей, говорящих на другом языке, и при этом подчеркивает редкость реактивных параноидов на почве такой ситуации. Ситуация, рисуемая проф. Ганнушкиным, несомненно, далека от той, которая имелась в нашем первом случае, однако в них может быть имеется нечто общее: это факт некоторой относительной изолированности. Не отрицая некоторого значения ситуации в возникновении в этом случае параноида, можно сказать, что полностью он не вытекает из содержания данной ситуации и что для понимания его нужно искать дополнительных, может быть, более важных факторов. В этом убеждает нас прежде всего то обстоятельство, что такие же параноиды возникли в двух других случаях в той же специфической обстановке, на железной дороге, но без указанных добавочных затруднений и неудач, а в одном случае даже без ситуации настоящей изолированности. Искомый психогенный фактор мы видим именно в той специфической внешней обстановке, в которой возник параноид у наших больных. Заболевание возникло в обстановке переполненного железнодорожного вокзала. Какое значение могла иметь здесь эта специфическая железнодорожная обстановка? Мы полагаем: значение психогенного травматизирующего фактора, способствующего образованию параноида, но фактора условного, т. е. развертывающего свое действие лишь при наличии определенного условия. Этим условием является психическое и физическое истощение, бессонница и пр., создающее необходимую для реализации этого механизма готовность.

Обстановка на переполненном вокзале, в поезде имеет, несомненно, свои специфические, выдающиеся особенности. Бесчисленное количество людей, проходящих мимо в разные стороны, толкаясь и задевая друг друга; обрывки разговоров, восклицания; озабоченные лица, крики, звонки и гудки; атмосфера спешки, тревоги, взвинченности — все это, несомненно, отличает обстановку переполненного вокзала (отчасти сохраняющуюся и в поезде) от любой другой обычной обстановки в городе и деревне. Травматизирующее действие этой специфической, объективно своеобразной об-

становки обычно ничтожно, и для здорового человека оно остается не ощутимым; дело меняется, однако, когда по каким-либо причинам, — например, в силу психического истощения и бессоницы в наших случаях — имеется соответствующая психическая готовность (о природе которой будет сказано ниже). Тогда эта обстановка, обычно мало патогенная, перестает быть нейтральной и начинает оказывать травматизирующее действие, играть роль настоящего психогенного фактора, вплоть до реализации, в силу указанных своих особенностей, острого реактивного параноида.

Таков, по нашему мнению, механизм действия внешней обстановки. Могут указать на то, что при наличии соответствующей психической готовности любая обстановка может толковаться бредово, восприниматься тревожно и параноидно и что в этом отношении нет различия между железнодорожной и любой другой обстановкой. Мы думаем, что значение внешней обстановки вообще в клинике умаляется. Как покажет наш дальнейший материал, роль внешней обстановки далеко не сводится к роли пассивного, безразличного поставщика материала для высказываний бредового явления у больного, а должна оцениваться гораздо серьезнее. Именно внешняя обстановка в некоторых случаях решает: быть бреду, как таковому, или не быть. Один тип внешней обстановки превращает имеющуюся готовность в настоящий острый параноид, так как обстановка эта приобретает в силу имеющейся готовности качества тяжелого психогенного фактора. Другая внешняя обстановка этой способностью не обладает и, таким образом, имеющаяся готовность в этой обстановке так и остается только «готовностью», лишенной большого клинического и практического значения. Мы предполагаем, таким образом, что имеются такие типы внешней обстановки, которые при прочих равных условиях более способны к образованию бреда, более, так сказать, «параноидны», чем другие Такова, видимо, и железнодорожная обстановка, которую, впрочем, мы не считаем в этом отношении единственной и специфичной, как и не думаем, что любая железнодорожная обстановка является в этом отношении равноценной. Ни о какой настоящей специфичности здесь не может быть и речи.

Отличие трех последних случаев от первого заключается в том, что мы не имеем в них настоящей травматизирующей ситуации. Правда, дорога с ребенком на руках и с целым рядом лишений была во 2-м случае весьма трудной, но к моменту заболевания больная с семьей без особых неудач уже приближалась к цели своего путешествия. Не было здесь в такой мере и того «изолированного положения» (Ганнушкин), которое имело место в других случаях. Роль внешней обстановки в данном случае почти ничем не прикрыта, а роль истощения и бессонницы здесь еще более подчеркнута. Больная систематически недосыпала еще до поездки в течение нескольких месяцев, помимо десятидневной дороги, в течение которой больная совершенно не спала. Интересно отметить также, что и личность больной была совершенно иного

склада, чем в других случаях: мы имеем здесь дело с определенно стеничным человеком, принадлежащим к эпилептоидному кругу, хотя и без выраженного психопатического акцента. Несмотря на все отличия, налицо такая же картина, как и в других случаях: параноид, моментально возникший; затемнение сознания на высоте приступа с частичной амнезией; быстрое и благополучное завершение. В такой же мере поучителен и 3-й случай. Никакой травматизирующей ситуации здесь нет и в помине. Мало того, мы не имеем здесь даже тех трудностей—пути, которые были во 2-м случае и которые могли бы играть некоторую психогенную роль, способствовавшую реализации нашего синдрома. Этого здесь нет и тем не менее мы имеем острый параноид, подобный первым трем, с такой же симптоматикой, повторяющей в деталях другие случаи, такой же молниеносный по возникновению и течению, такой же насыщенный аффектом страха, такой же благополучный по исходу.

Отсутствие в этих случаях травматизирующей ситуации, из которой можно было бы понять возникновение реактивного параноида, подтверждает наше предположение относительно того, что и в первом случае травматизирующая ситуация не играла решающей роли. Эти случаи еще с большей ясностью, чем первый, указывают, что возникновение параноида обусловлено особым механизмом, сводящимся, как мы видели, к фактору специфической обстановки, с одной стороны, и фактору психической готовности, обусловленной истощением и бессонницей, с другой стороны. Если этот специальный механизм в первом случае замаскирован, то в трех последних случаях он выступает уже совершенно отчетливо.

Таким образом, изложенные нами выше случаи своеобразны не только по своей клинической картине, но и по своим патогенетическим механизмам, т. е. в конечном итоге по своей клинической природе. Они не являются экзогенными заболеваниями, это не симптоматические психозы, связанные с истощением или с каким-либо неизвестным соматическим заболеванием. Это—реактивные заболевания в особом смысле этого слова. Мы видели, что воздействие обычных психогенных факторов—в виде тех или иных трудностей, неудач, конфликтов — не может полностью и до конца объяснить возникновение столь острой психотической картины. Еще менее удовлетворительным является такое толкование в других случаях, где ситуационные моменты вовсе не имели места или играли еще менее ощутительную роль. Наши параноиды являются реактивными по своей природе, однако патогенетические механизмы здесь во многом иные, чем при обычных реактивных заболеваниях. Вместо конституционального фактора, являющегося почвой при обычных реактивных заболеваниях, здесь выступает фактор истощения, соматогенный в широком смысле слова. Роль ситуации играет здесь специфическая объективно своеобразная обстановка, приобретающая патогенные свойства благодаря измененной истощением или соматогенией почве. Добавочные психогенные факторы играют дополнительную роль, облегчающую возникновение параноида. Решающими же явля-

ются указанные два фактора, как неотделимые один от другого и действующие совместно, конституциональный и ситуационный факторы при обычных реактивных заболеваниях и психогениях.

Случаи наши являются, следовательно, реактивными заболеваниями особого рода. Это острые реактивные параноиды, при которых, как мы видели раньше, содержание двух основных факторов— почвы и ситуации — глубоким образом изменено. И при других острых параноидах, например, в случаях Аллерса, наряду с ситуационными моментами в обычном смысле этого слова (ситуация «речевой изолированности») немалую роль играет соматогенное, временное изменение почвы и объективное своеобразие внешней обстановки. В наших случаях ситуационные моменты в обычном понимании этого слова также играют известную роль; значение таких психогенных факторов, как дорожные затруднения или факт относительной изолированности, отрицать было бы неправильно. Однако значение их отходит все более на задний план; главное место начинают занимать специфическая внешняя обстановка и временно измененная соматогенией почва. Подобные случаи острых реактивных параноидов и внешне по своей клинической картине начинают отличаться большей остротой симптоматики, частично напоминая собой симптоматические и экзогенные в широком смысле слова психозы. Такие случаи острых реактивных параноидов, в которых патогенная роль специфической внешней обстановки выражена достаточно отчетливо, оттесняя на задний план значение других ситуационных моментов, мы были бы склонны называть параноидами внешней обстановки. Эти последние представляют собой, следовательно, такую разновидность острых реактивных параноидов, при которых свойственные этим последним, очерченные выше патогенетические особенности, выражены особенно отчетливо. Параноиды внешней обстановки возникают, следовательно, в условиях своеобразной (не обязательно железнодорожной) внешней обстановки при наличии истощения или иной временной соматогении; при этом, конечно, надлежит помнить, что в этих случаях речь идет об острых реактивных параноидах, при которых типовая ситуация (специфическая внешняя обстановка), как мы видели, одна не исчерпывает собой патогенеза данного заболевания.

Необходимо заметить, что существуют и иные точки зрения, трактующие эти случаи иначе.

Первым описал у нас случаи, подобные изложенным, И. В. Лысаковский в 1931 году в статье «К вопросу о «реактивных» психозах». Такие же случаи были описаны проф. Е. Поповым в двух статьях: 1) «К вопросу об одной особенной форме экзогенной формы реакции» (1931) и 2) «Делирий и бессоница». Наши случаи были описаны в статье «Об одной форме острого параноида» (1934) и в книге «Об алкогольных расстройствах» (1935) в главе «К диференциальной диагностике алкогольных психозов». Наконец, в 1935 году вышла статья Малкина «Психозы в связи с вынужденной бес-

сонницей», учитывающая работы перечисленных авторов. Помимо этого, в немецкой литературе появились также статьи, посвященные, как мы полагаем, в основном тем же случаям. Сюда относится статья Kurt Schneider «Über primitiven Beziehungswahn» 1930) и Knigge «Zur Frage des primitiven Beziehungswahns» (1935). Характерно, что авторы описывали случаи, не будучи знакомы полностью с предшествующими описаниями. Так, проф. Попову и нам оставалась неизвестной работа Лысаковского, равно, как имеющая сюда непосредственное отношение статья K. Schneider; в равной мере Knigge в своей статье ссылается исключительно на работу K. Schneider, в дополнение к которой он публикует свой случай. Малкин, учитывающий все работы советских авторов, не упоминает работы K. Schneider, которую, повидимому, надо рассматривать как первое по времени описание этого рода заболеваний, наряду с работой Лысаковского, впервые описавшего эти случаи у нас.

Интерпретация этих случаев, выдвигаемая всеми перечисленными авторами, различна. В то время как одни авторы рассматривают эти заболевания, как экзогенные, что видно даже из названий соответствующих статей, другие рассматривают их как заболевания реактивные по своей природе. У некоторых авторов точка зрения, на наш взгляд, недостаточно ясна. Наша точка зрения, изложенная в указанных работах и сформулированная выше, хотя и близка к точке зрения авторов, рассматривающих эти заболевания, как реактивные, стоит, однако, в силу ряда причин особняком. Ниже рассматриваются нами взгляды советских авторов; затем будут нами изложены случаи K. Шнейдера и других иностранных авторов и рассмотрены соответствующие точки зрения.

В статье Лысаковского[1] описано 7 случаев острых психозов, в общем представлявших ту же картину и возникавших при тех же условиях, как и наши. Резюмируя описание случаев, автор говорит: «Все наши случаи оказались в той или другой мере связанными с неблагоприятными транспортными условиями, в которых находились больные довольно долгий промежуток времени; картина психозов носила во многом у наших больных сходный характер, болезнь протекала остро и закончилась в более или менее короткий срок полным выздоровлением, несмотря на различную в отдельных случаях конституциональную, врожденную или приобретенную, основу, разницу в возрасте, профессии и т. п.». Как видно из приводимых (к сожалению, слишком кратких) историй болезни, заболеванию обычно предшествовало истощение, связанное с дорожными лишениями, недостаточный сон, иногда присоединившаяся гриппозная инфекция; в некоторых случаях имеются определенные указания на алкоголизм. Заболевание возникало в пути во время поездки

[1] Лысаковский. К вопросу о «реактивных психозах». В Трудах Пермской психиатрической больницы, вып. 1, 1931 года.

по железной дороге (на вокзале или в поезде), один раз на пароходе; оно развертывалось не в начале путешествия, обычно длительного и трудного, а значительно позже. Начиналось с острого бреда преследования, сопровождавшегося резким аффектом страха, нередко отмечалось в дальнейшем затемнение сознания, с частичной последующей амнезией. Заболевание при стационировании быстро сходило на-нет, и через короткое время больные выписывались здоровыми.

Как трактует автор описываемые случаи? Автор не считает возможным относить эти заболевания целиком к реактивным заболеваниям или к экзогенным. Учитывая необходимость изучения всех патогенетических факторов в каждом случае в отдельности, автор приходит к заключению, что в большинстве этих случаев мы имеем дело одновременно с психогенией и с экзогенной формой реакций по Бонгефферу. Каждый случай в отдельности нуждается в структурном анализе. Соответственно этому структурно диагностически автор имеет в одном случае «сочетание ситуационности с реакцией Бонгеффера» в форме аментивной вспышки, окрашенной эпилептоидными чертами, в другом случае—«к ситуационной реакции»—на почве известной «готовности» нервной системы присоединились провоцирующие дополнительные моменты истощения и интоксикации (экзогенная реакция Бонгеффера в аментивной форме), в третьем случае — наряду с «ситуационными» имеются элементы «экзогенного типа» реакции на истощение и аутоинтоксикацию».

Особое место отводит автор в этих случаях моменту истощения и аутоинтоксикации, связанному с неправильным и недостаточным питанием и сном во время путешествия; что указанные причины, действуя совместно с другими (а при достаточной интенсивности и сами по себе), могут давать патологические реакции (по типу Бонгеффера и др.), автор считает несомненным. В пользу этого, кроме клинического наблюдения, говорят, по мнению автора, и эксперименты на животных, у которых гистологически при бессоннице и голодании обнаружены были значительные изменения нервных элементов; у людей и животных были при этих же условиях найдены так называемые кенотоксины и гипнотоксины.

Такова точка зрения Лысаковского, излагаемая нами здесь возможно точнее и большей частью формулировками автора.

Не подлежит сомнению, что некоторые соображения, из которых исходит автор, совершенно правильны и неоспоримы. В первую очередь важным является, на наш взгляд, признание участия в генезе этих заболеваний психогенного фактора («ситуационности»), хотя это положение и умаляется затем признанием наличия в этих случаях и экзогенной формы реакции по Бонгефферу. Принципиально неоспоримым является и положение автора относительно участия дополнительных факторов и возникновение любых психогений. При всей правильности, однако, этих общих положений трактовка описываемых случаев не является на наш взгляд вполне удовлетворительной.

Прежде всего непонятным является, в чем же, по мнению автора, заключаются травматизирующие ситуационные моменты, которые участвуют в генезе данных заболеваний, в чем именно заключается «ситуационность» этих заболеваний, о которой говорит автор? На этот вопрос мы не находим ясного ответа. В ряде случаев нет конкретных указаний на травматизирующие обстоятельства (таковы, например, случаи 1, 5 и 6, хотя автор и упоминает о «ситуационных моментах»; эти упоминания, однако, ответа на поставленный выше вопрос не дают. Таково, например, замечание автора в 5-м случае: «не без влияния осталось в качестве ситуационных моментов участие в гражданской войне»(?). В других случаях имеются указания на некоторые, правда, весьма относительные, «ситуационные» моменты; это большей частью боязнь за сохранность денег или вещей во время поездки, а в одном случае—материальное разорение в прошлом. Если даже признать некоторое значение за этими весьма относительными и не специфическими ситуационными факторами, не объясняющими понятным образом возникновения параноида даже в этих случаях, остается все же фактом, что в трех случаях из семи такого рода моментов нет. Таким образом, ответа на вопрос о том, в чем заключается психогенный характер этих заболеваний, развиваемая автором точка зрения не дает. Не имея возможности указать на определенную ситуацию, автор, на наш взгляд, не может отнести эти случаи к реактивным, даже в той ограниченной мере, в какой он это делает. Единственно возможным ответом на этот вопрос является, по нашему мнению, указание на специфическую внешнюю обстановку, имеющуюся во всех этих случаях без исключения, приобретающую патогенные свойства в связи с истощением или соматогенией. Другие психогенные факторы, если таковые имеются, являются в этих случаях факторами дополнительными и вспомогательными.

Помимо этого основного вопроса, на который мы не находим здесь удовлетворительного ответа, возникает и ряд других вопросов и сомнений. В состоянии ли «истощение и аутоинтоксикация», связанные с несколькими днями трудного путешествия, дать аменцию, настоящий симптоматический психоз? На этот вопрос можно ответить только отрицательно, не только на основании соответствующих данных из клинического опыта, но и потому, что иначе мы видели бы подобные симптоматические психозы гораздо чаще в жизни и не обязательно во время поездки. Далее, как вообще совместима экзогенная форма реакции (типа аменции, по мнению автора) в соединении с психогенным заболеванием в одном и том же случае? Как вообще представить себе сочетание аменции с психогенией, если иметь в виду не психогенную патопластику, а настоящее реактивное заболевание, как, повидимому, думает автор? Трудности, возникающие здесь, исчезают, по нашему мнению, только в том случае, если говорить не об экзогенной форме реакции, которая каким-то образом уживается в неразрывной связи с психогенным заболеванием, а о некотором, обусловленном экзоге-

нией, изменении почвы, которое бессильно самостоятельно вызвать мало-мальски яркую симптоматику, но которое достаточно для патологического восприятия специфической внешней обстановки, приобретающей в этих условиях сугубо патогенные, травматизирующие свойства.

В равной мере, наконец, непонятен подчеркиваемый и самим автором факт большого сходства описываемых случаев. Если действительно в генезе этого психоза участвует целый ряд самых различных факторов, то непонятным является то обстоятельство, что при таком разнообразии патогенетических факторов и их возможных сочетаний клиническая картина и течение по сути дела одинаковы. Приходится думать поэтому, что возникновение этих повторяющих одна другую психотических картин обусловлено всегда одним и тем же основным механизмом, а не всевозможными и меняющимися от одного случая к другому сочетаниями факторов. Мы говорим при этом об условиях, определяющих возникновение и специфическую, глубоко своеобразную картину психоза, а не о патопластической окраске, которая может быть, конечно, обусловлена любыми дополнительными и привходящими моментами.

Проф. Е. Поповым [1] почти одновременно с Лысаковским было опубликовано три аналогичных случая, а во второй работе—еще два. В четырех случаях заболевание развернулось во время поездки по железной дороге (на вокзале или в поезде), в одном случае непосредственно после такой поездки, в городе. Сравнивая между собой три случая, описываемых в первой работе, автор находит между ними следующие «черты значительного сходства»: доминирование страха, подозрительности, опасений (в фазе, когда заболевание является менее выраженным), устрашающие галлюцинации, затемнение сознания с последующим расстройством воспоминания в фазе наиболее полного развития болезни. Синдромологически автор квалифицирует эти случаи, равно как и два новых случая во второй статье, как картины острого галлюционаторно-делириозного синдрома по Бонгефферу. Автор расценивает эти случаи, как экзогенные формы реакции и диференцирует их только от шизофрении, не подвергая даже обсуждению вопроса о реактивной психогенной природе заболеваний; экзогенные формы реакции, по мнению автора, во всех этих случаях являются ответом на «истощение», причем под последним им подразумевается целая сумма таких вредностей, как переутомление, недосыпание, длительное психическое напряжение, недоедание и пр. Возникновение симптоматического психоза экзогенной формы реакции, «под влиянием столь незначительных вредностей, как физическое и психическое переутомление», автор объясняет наличием конституционального фактора в форме наклонности к симптоматическим психозам по Клейсту, которую автор предполагает во всех описываемых случаях.

---

[1] Попов Е. А. К вопросу об одной особенной форме экзогенного типа реакции. Советская психоневрология. 1931 год. № 2—3.

Во второй работе [1] автор уточняет свою точку зрения и высказывается в том смысле, что «причиной, вызвавшей развитие делирия в описанных случаях, была, судя по всему, именно бессонница». В пользу этого предположения автор приводит ряд известных литературных данных, свидетельствующих о том, что делириозное состояние можно рассматривать, «как модифицированный сон», а также ряд собственных соображений, указывающих на тесную близость сонного и делириозного состояний «как в отношении условий их возникновения, так в отношении характера соответственных переживаний». В связи с этим уточняется автором и вопрос о конституциональном предрасположении. Новые два случая, приводимые им в этой статье, показывают, что лица, давшие вспышку психоза под влиянием длительной бессонницы, оба перенесли в прошлом тиф и другие инфекции без психотических осложнений. Это обстоятельство противоречит выдвинутому автором в первой работе предположению о роли «симптоматической лабильности» в смысле Клейста в подобных случаях. «Поэтому пока позволительно говорить,— заключает автор,— лишь о более узком предрасположении в смысле интолерантности в отношении лишения сна».

Такова точка зрения проф. Попова в отношении изучаемой здесь группы психозов. Как следует из всего изложенного раньше, эта точка зрения не может быть правильна уже в силу ряда соображений, выдвигавшихся нами против трактовки этих заболеваний, как экзогенных форм реакций. Все приведенные выше возражения относятся целиком сюда. Помимо этого, весьма существенное обстоятельство заключается в том, что, как говорит сам автор, в начале заболевания «доминирует страх, подозрительность, опасения, в то время как затемнение сознания наступает лишь в дальнейшем, на высоте заболевания». Иными словами, заболевания начинаются, как параноиды, сопровождаемые аффектом страха, с присоединением в дальнейшем затемнения сознания [2]. Галлюцинаторные явления в период ясного сознания в описанных случаях весьма скудны или сомнительны, кроме первого случая, где они выражены более определенно в явственной связи с имеющимся в анамнезе алкоголизмом. В связи со всем этим квалифицирование описываемых состояний в качестве «острых галлюцинаторно-делириозных симптомов» будет не точным; правильнее будет их считать параноидными синдромами с наступающей на высоте заболевания спутанностью.

---

[1] Е. А. Попов. Делирий и бессонница. Врачебное дело № 2, 1934 года.

[2] Наличие параноидного синдрома со страхом является несомненным в четырех случаях проф. Попова из пяти; менее ясным представляется лишь один случай (1-й случай, статья «Делирий и бессонница»), в котором преобладает оглушенность и другие явления, непосредственно связанные с лишением сна; однако и здесь, хотя и в меньшей мере, имеется тот же параноидный синдром со страхом (началось с того, что больной, по его словам, «испугался»; «приехали с базара какие-то люди на вокзал, драться между собой начали»).

В связи с этим возникает ряд дополнительных трудностей, не позволяющих рассматривать эти заболевания, как экзогенные формы реакций. Трудность прежде всего заключается в том, что «делирий», о котором говорит здесь автор, начинается совершенно не так, как это полагалось бы экзогенному делирию,— т. е. не с обычного, предварительного стадия и даже не с более редкого галлюцинаторного стадия. Он начинается здесь исключительно с необычайно редкого в этих условиях параноидного синдрома, сопровождаемого страхом. Одно это обстоятельство заставляет усомниться в том, что состояние спутанности со страхом, которое имеется у больных на высоте вспышки, может рассматриваться как вызванная экзогенией делириозная форма реакции. Далее, совершенно необъяснимым является единообразие заболевания, если рассматривать его как экзогенную форму реакции. Такая необычайность, не знающая исключений, специфичность данной вредности противоречила бы совершенно нашим представлениям в этой области. Трудность тем более непреодолима, что, как это видно из нашего материала и материала других авторов, приводимого здесь, картина острого параноида со страхом и с последующим затемнением сознания свойственна всем этим случаям почти без исключения. Сам автор объясняет это бросающееся в глаза единообразие следующим образом: «доминирование эмоции страха в психотической картине мы считаем возможным связать с конституциональными особенностями наших больных (превалирование атлетоидного компонента)».

Вряд ли, однако, такое объяснение может считаться хотя бы в какой-нибудь мере удовлетворительным. Это утверждение не только клинически произвольно по существу, но не вытекает даже из материала автора, где имеются указания и на лептомозную конституцию и на «инфантильные» и иные компоненты «атлетоидного» склада и не поддающийся определению тип телосложения, не говоря уже о материале других авторов, где не отмечается никакого преобладания в отношении типов телостроения, но где тем не менее мы имеем один и тот же синдром и одну и ту же аффективную окраску. Непреодолимая трудность заключается далее в том, что, по признанию самого автора, вредность в этих случаях столь незначительна, что возникновение экзогенной формы реакции невозможно себе представить без предположения о наличии патологического предрасположения. В первой работе автор говорит о «симптоматической лабильности» в понимании Клейста, в другой — «о более узком предрасположении в смысле интолерантности в отношении лишения сна». Однако вряд ли это объяснение также может считаться удовлетворительным. Не говоря уже о том, что в нашем материале и материале других авторов мы имеем лишение сна значительно меньшей длительности, остается совершенно непонятным, почему манифестирование этого патологического предрасположения наступает именно в описываемых условиях поездки по железной дороге, а не при других условиях, где то или иное лишение сна — вредность, безусловно, «незначительная» — имеет

место также часто и неоднократно. Как это явствует не только из работы автора, но и данных Лысаковского, наших и приводимых ниже работ Малкина, а также иностранных авторов, все эти заболевания возникали при одних и тех же условиях, в пути, при одной и той же специфической внешней обстановке. Невозможно себе представить, чтобы «незначительная вредность» (истощение, бессоница), о которой говорит автор, имела место только в пути или в условиях определенной внешней обстановки. Но в таком случае манифестирование конституционального предрасположения должно было иметь место при всех случаях действия этой «незначительной вредности» и вести к возникновению подобного же острого психоза при любых иных условиях, безотносительно к внешней обстановке. Таковы непреодолимые, на наш взгляд, трудности, возникающие при трактовке рассматриваемых психотических вспышек и в качестве обыкновенных симптоматических психозов, связанных с истощением и бессонницей, и свидетельствующие о том, что соотношения здесь значительно сложнее.

В 1934 году вышла наша упомянутая ранее работа [1], в которой описываемым случаям давалась трактовка, подробно изложенная выше. Эти случаи определялись нами, как «реактивные параноиды внешней обстановки, возникающие у психически истощенных людей» Кроме того, в той же работе мы стремились показать, что, помимо фактора истощения, могут быть и другие факторы, экзогенные и эндогенные, способствовать при наличии соответствующей внешней обстановки возникновению параноида. В связи с этим нами были даны, помимо чистых случаев, отдельные описания параноидов, возникавших на почве шизофренической, алкогольной или почве, в которой имелось сочетание целого ряда факторов (см, ниже главы 3, 4). В монографии «Об алкогольных расстройствах» [2] (1935 г.) мы останавливались в специальной главе на диференциальной диагностике подобных ситуационных параноидов и на необходимости строгого отграничения этих форм от настоящих алкогольных психозов.

Наконец, в 1935 году вышла работа Малкина «Психозы в связи с вынужденной бессонницей» [3], посвященная тем же случаям. Как видно из названия, автор считает эти заболевания экзогенными, симптоматическими психозами и так же, как проф. Попов, видит экзогенную вредность в бессоннице. Автор подчеркивает, что речь идет не просто о бессоннице, а о вынужденном лишении сна. Возникающие синдромы характеризуются, как острые параноиды, к которым в дальнейшем присоединяются делириозные элементы и затемнение сознания. Ситуационный фактор, признаваемый авто-

---

[1] Жислин. Об одной форме острого параноида. Труды Воронеж. псих. клиники, в. 1, 1934 года.

[2] Жислин. Об алкогольных расстройствах. Воронеж, 1935 год, гл. 8 «К диференциальной диагностике алкогол. заболеваний».

[3] Малкин. «Психозы в связи с вынужденной бессонницей». В Трудах Уральского психоневрологического института, т. II, 1935 года.

ром в этих случаях, вызывает нарушение сна, а это последнее описанным путем ведет к возникновению экзогенного психоза. В работе описываются наряду с чистыми случаями отдельные группы случаев с аналогичной симптоматикой, возникшие на почве шизофренической, алкогольной или органической.

Как видно из изложенного, эта точка зрения в основном совпадает с разобранной выше трактовкой проф. Попова. Критические замечания, которые были нами сделаны по поводу концепции проф. Попова, могли бы быть повторены и здесь. Сомнения в экзогенной природе этих заболеваний еще более правомерны здесь, так как возникающие картины расцениваются в данной работе, как острые параноиды. Автор ссылается на известные литературные данные, из которых явствует, что параноидные картины могут встречаться и среди экзогенных реакций. Но как можно думать, что некая экзогенная вредность решительно всегда вызывает в качестве экзогенной реакции только острые параноидные картины, если даже отвлечься от крайней редкости этих картин при экзогенных заболеваниях? В этом отношении позиция автора еще более уязвима, нежели изложенная выше концепция проф. Попова, говорящего о галлюцинаторно-делириозных картинах, а не об острых параноидах.

В отличие от проф. Попова, автор говорит, что эти заболевания являются в известном смысле и «ситуационными». Однако, как это следует из приводимых разъяснений, его понимание ситуационного фактора не дает ему права на такое утверждение. Роль ситуации он видит в том, что она расстраивает механизм сна и ведет к вынужденному лишению сна; последнее же, раз возникши, как определенная соматогенная вредность, вызывает особый тип экзогенной реакции — острый параноид. Непосредственной причиной заболевания является, следовательно, по мнению автора, соматогенная вредность—лишение сна, а такое заболевание, как более последовательно заключает проф. Попов, является только экзогенным. Не являются убедительными ссылки автора на конституциональные особенности, которые он видит в этих случаях, равно как на добавочные отягощения в виде «вестибулярных расстройств», которые, по его мнению, связаны с поездкой по железной дороге и якобы вызывают «параноидоподобные явления». В основном взгляды эти по существу совпадают с разобранной концепцией проф. Попова, и поэтому приведенные нами аргументы относятся в одинаковой мере к ним [1].

Таковы точки зрения целого ряда авторов, занимавшихся интересующими нас заболеваниями. Как видно из изложенного, они не могут дать удовлетворительного ответа на вопрос о клинической природе этих своеобразных заболеваний.

[1] Невропатология и психиатрия № 2—3. То же относится к работе Кроля и Бурковской, вышедшей в 1939 г. Авторы также говорят в этих случаях об экзогенном типе реакции на «вынужденное бодрствование».

Случаи во многом сходные с нашими описывались и в иностранной литературе. Автором К. Шнейдером были описаны под названием «примитивного бреда отношения»[1] три случая, из которых два первых обнаруживают сходство с нашими. В первом случае речь идет о молодом человеке 24 лет, приехавшем из маленькой отдаленной деревни в город; в тот же день развертывается у него острый бред преследования, сопровождавшийся страхом, тяжелой агрессией и затемнением сознания на высоте вспышки. Бредовые проявления отмечались у него уже немедленно после приезда, а остро развернулись в общежитии, где он должен был ночевать. Острый параноид в больнице также быстро прошел, как и возник. Во втором случае описывается семья эмигрантов из Варшавы (мать и две дочери), давших без видимого повода острый бред преследования в пути (на вокзале в городе К. после четырехдневного путешествия); параноид протекал одинаково, хотя и с разной остротой, у всех троих; после стационирования все поправились и продолжали путешествие. В третьем—описывается случай острого параноида, развившегося у женщины 34 лет в больнице, куда она была помещена в связи с тяжелой формой туберкулеза, и быстро обошедшегося, несмотря на дальнейшее катастрофическое течение основной болезни. Ввиду интереса точки зрения автора в этом вопросе считаем необходимым остановиться на ней подробнее.

Трактовка Курта Шнейдера сводится к следующему. Общим для всех трех случаев является то обстоятельство, что в каждом из них развертывается бред отношения и преследования из острого, реактивно возникшего, приступа страха (aus einem akuten reaktiven ängstlichen Affektsturm). Во всех случаях психоз быстро и без остатка проходит. Во 2-м и 3-м случаях развитие реакции облегчено соматическими истощающими моментами. И в первом случае заболеванию также предшествовало очень длительное путешествие, к которому больной вообще был непривычен. «Ни в одном из этих случаев по возникновению, по картине и течению невозможно сомневаться в наличии психогенного психоза, патологической реакции». О шизофрении в первом случае вообще не может быть речи. Во 2-м случае, даже если допустить у одной дочери наличие шизофренического психоза, что, по мнению автора, неверно, то у матери и у другой дочери необходимо признать наличие психогенного (индуцированного) заболевания. В третьем случае также нельзя думать о шизофрении. Обычно у таких лихорадящих, почти умирающих, больных даже манифестные признаки шизофрении исчезают. Главное же заключается в том, что во всех случаях быстро и без остатка восстанавливалась полная и очевидная для всякого наблюдателя критика и сознание имевшей место болезни.

Говоря о «примитивном бреде отношения», Курт Шнейдер подчеркивает, что примитивная личность вовсе не требуется для такого рода примитивной реакции. Эта реакция не специфична в отли-

[1] Zeitschr f. d. ges. Neur. u. Psych. 127 (1930).

чие от экспансивных и сензитивных личностных реакций [1]. Эта реакция понимается Шнейдером в том смысле, что жизненные раздражители не перерабатываются личностью в целом, а непосредственно переходят реактивно в импульсивные моментальные действия или в глубинные психические механизмы. При соответствующей силе переживаний любая личность может примитивно реагировать: сверхсильные переживания, раздражители пробивают, по мнению автора, «высшую» личность и позволяют элементарным глубинным механизмам влечений выйти на поверхность и затопить специфическую характерологическую надстройку. Можно было бы, считает Шнейдер, с полным основанием говорить здесь о «психозе страха» (Angstpsychose), если бы описываемые Вернике, Форстером и Раваком формы не имели в виду другие клинические формы; кроме того, возникновение «психоза страха» ничего не говорит о бредовом в этой реакции страха, что в данном случае является весьма существенным.

В литературе, говорит К. Шнейдер, лишь случаи Аллерса о психогенных расстройствах при «речевой изолированности» имеют сюда отношение. «Они являются подвидами примитивного бреда отношения, вызванные особой, но не обязательной ситуацией». Тип «примитивного бреда отношения» является крайне редким; мягкие едва намеченные формы этой реакции, по мнению Шнейдера, вероятно, часты, острые же психотические формы крайне редки, а лишь они могут попасть под клиническое наблюдение. К сущности этого типа относится возникновение бредовых переживаний отношения и преследования на почве элементарного реактивного страха, быстрое исчезновение этих явлений после успокоения и, наконец, полная критика и сознание болезни. Если недостает хотя бы одного из этих признаков, тогда нельзя говорить об этом типе реакции. Чуждое окружение и физическое истощение как будто бы способствуют возникновению этого примитивного бреда отношения, но не безусловно обязательны. Отдельные обманы чувств, скорее иллюзорного характера, равно как намеки на затемнение сознания, вплетаются в картину, но не существенны. Самые бредообразования, как вытекающие понятным образом из страха, автор относит не к истинным бредовым идеям, а к бредоподобным (wahnhafte) идеям по Ясперсу.

Такова концепция Курта Шнейдера, рассматривающего в основном эти заболевания, как психогенные. Интересно, что диагноз психогении представляется автору совершенно несомненным. Диференциальный диагноз идет здесь, как мы видели, только по отношению к шизофрении; возможность же экзогенного расстройства не принимается им серьезно в расчет. В споре относительно природы данных заболеваний — экзогенной в основном или психогенно-реактивной—этот автор, следовательно, высказывается за психогению. Разделяя полностью эту точку зрения, мы не можем, однако,

[1] Braun. Psychogene Reaktionen Handb. под ред. Бумке.
[2] Kretschmer. Медиц. психология.

полностью согласиться с приведенными выше соображениями К. Шнейдера относительно условий и механизмов развертывания данного заболевания.

Автор подчеркивает во всех трех случаях роль истощения и соматогении; таким образом, подтверждается значение какого-то временного изменения почвы, может быть, и не абсолютно необходимого, но во всяком случае способствующего возникновению подобной реакции. Это, однако, не относится, по мнению автора, к сущности этого типа реакции. К сущности реакции, как мы видели, относятся по Шнейдеру «возникновение бредовых переживаний отношения и преследовании на почве элементарного реактивного страха». Если речь идет об обусловленности всего параноидного синдрома, т. е. всего психоза в целом, «реактивно-возникшим страхом», то мы не можем с этим согласиться. Если бред обусловлен страхом, то спрашивается: откуда, каким образом возникает этот страх? Этот страх является по Шнейдеру реактивно возникшим, т. е. ответом на соответствующую ситуацию. Но в первом из описанных им случаев условий, причин для возникновения аффекта страха не было, и возникновение такого «реактивного страха» в этом случае будет так же мало понятно, как возникновение всего заболевания в целом. Не было ситуации речевой изолированности, а «чуждость» (Fremdheit) окружения или людей, с которыми он сталкивался, не делает мало-мальски понятным возникновение «элементарного страха». Сам К. Шнейдер, говоря о развитии бреда из элементарного реактивного страха, совершенно не останавливается на вопросе о том, каким образом последний возникает. В этом случае мы имеем сообщение невесты больного; там совершенно нет указаний на наличие каких-нибудь признаков страха перед развертыванием заболевания, а она его видела сейчас же после приезда, когда больной обнаруживал уже наличие бредовой установки. Лишь во втором случае можно допустить некоторые основания для «реактивного возникновения страха», но и там они невелики. Изолированность в отношении языка далеко не была полной, не говоря уже о том, что «изолированность» в том смысле, в каком понимал ее Аллерс, была смягчена здесь тем, что ехали заболевшие целой семьей в полном составе. Трудности, связанные с плацкартой, если таковые вообще имели место, также не могли каким бы то ни было понятным путем вызвать аффект страха. Кроме того, мы знаем из дальнейших отрывочных рассказов заболевших, что и до этого на вокзале люди «хотели с ними что-то сделать». Что касается третьего случая, то совершенно очевидно, что там решительно не могло быть никаких причин для возникновения «реактивного страха». Понятной могла быть, например, депрессивная реакция больной на свое заболевание. Кроме этого ситуационного фактора, имелся еще факт помещения в больницу в условия «чуждого» окружения (Fremdheit). Но возникновение у этой 32-летней женщины, жившей всегда среди чужих людей, служившей во многих местах на различных должностях, аффекта

страха непосредственно под влиянием этого факта является совершенно непонятным. Мы не можем, таким образом, согласиться с основным положением Шнейдера о возникновении в этих случаях бредовых переживаний отношения и преследования на почве «элементарного страха», данных для такого рода «элементарного страха» в двух случаях из трех не было, а там, где по истории болезни было возможно проследить, его не было перед возникновением параноида. Как и в наших, изложенных ранее, случаях аффект страха скорее вырастал вторично в ответ на новое, бредовое восприятие окружающего; лишь в одном случае тревожная окраска настроения могла быть ситуационно понятна до возникновения параноида, но и то лишь частично. Более правильной является в этом отношении точка зрения Аллерса, случаи которого К. Шнейдер относит также к описываемой им форме психогенного параноида. Аллерс именно выводил страх из бредовых толкований. Он указывал, что вслед за возникновением в его случаях депрессивного состояния, как своеобразной Heimwehreaktion, развились бредовые идеи отношения, обусловленные ситуацией речевой изолированности и затем уже вторично, в связи с ними, возникал аффект страха. Точнее, по-нашему, следует говорить здесь не только о вторичном возникновении аффекта страха в ответ на бредовое восприятие окружающей обстановки, но также и о психогенном бурном нарастании этого аффекта в течение всего заболевания.

В равной мере нам непонятна трактовка психоза, как «примитивного бреда». Если «жизненные раздражители не перерабатываются личностью в целом, а непосредственно переходят реактивно в импульсивные моментальные действия или в глубинные психические механизмы», то можно было бы ждать в этих случаях любого проявления и действия, свойственного страху и панике, но не возникновения параноида, который обычно не совместим с понятием примитивной реакции в употребляемом здесь смысле. В самом деле, параноид не встречается среди примитивных реакций, т. е. там, где речь идет о реакциях, возникновение которых было бы обусловлено освободившимися из-под контроля личности «низшими механизмами». В равной мере мы его встречаем все меньше при всех тяжелых органических деструкциях, способствующих освобождению этих «примитивных механизмов и влечений» и ослаблению контроля сложной характерологической структуры. В этих случаях создаются, как мы знаем, действительно, условия для возникновения примитивных реакций, однако именно не для параноидных реакций, как таковых. Мы полагаем, что ссылка на примитивные механизмы здесь только усиливает трудности. В связи с этим самое же возникновение параноида, безусловно реактивного по своей природе, надо, повидимому, представлять себе несколько иначе.

Описанные К. Шнейдером случаи могут быть отнесены к острым реактивным параноидам. Как и в других случаях, налицо здесь временное изменение почвы: под влиянием истощения в 1-м и 2-м

случаях (у одной из больных, возможно, был грипп, на что указывает появление herpes в больнице) и под влиянием тяжелого соматического заболевания в 3-м случае. Как это и характерно для острых параноидов, трудно усмотреть какие-нибудь конституциональные особенности, которые играли бы определенную роль в генезе заболевания. Конституциональные, характерологические черты отступают на задний план, вместо них выступает фактор экзогенно соматический, создающий временное предрасположение или готовность. Соответственно изменилось и содержание ситуационного фактора. В первом случае нет травматизирующей ситуации в обычном смысле слова, кроме фактора новой, непривычной для больного объективно своеобразной, внешней обстановки, именно поезда, вокзала большого города, обстановка приюта. Явственные признаки болезни имелись сейчас же по приезде. Было ли это только начало заболевания или оно началось еще раньше, на вокзале и в пути, нельзя установить. Так или иначе, ситуационный фактор предстает здесь в виде специфической объективно своеобразной внешней обстановки. Во 2-м случае не удалось точнее выяснить, имелась ли добавочная травматизирующая ситуация. Болезнь возникла у всех членов семьи в пути, на вокзале. Этим достаточно демонстрируется роль специфической внешней обстановки, и именно железнодорожной. Как и в наших случаях, оба фактора, неотделимые один от другого, участвуют в возникновении острого параноида, который далее протекал с той же симптоматикой, с тем же психогенным нарастанием страха и затемнением сознания на высоте аффекта, как и во всех наших случаях. Что касается третьего случая, то, поскольку речь идет о тяжелой туберкулезной интоксикации, вопрос об экзогенном заболевании не может быть легко отброшен. Тем более, что из экзогенных реакций именно галлюцинаторно бредовые формы не являются большой редкостью при тяжелых туберкулезных заболеваниях. Однако нельзя и отвергнуть точку зрения К. Шнейдера о возможности здесь психогенного заболевания. Тогда единственным ситуационным фактором являлась бы здесь специфическая, непривычная для больной внешняя обстановка (госпиталь), ставшая патогенной и травматизирующей только благодаря наличию экзогенного изменения почвы.

Таким образом, все случаи К. Шнейдера могут быть с тем же правом, как и наши случаи, названы параноидами внешней обстановки. Примитивными они могли бы быть названы в другом указанном нами ранее смысле: ситуационным моментом являются здесь несложные конфликты и ситуации, а элементы, несравненно более примитивные: внешняя характеристика обстановки, наплыв непривычных впечатлений, а также в том смысле, что эти впечатления перерабатываются не здоровой личностью, как обычно, а личностью, патологически измененной, благодаря имеющейся соматогении. Но в таком случае правильнее говорить не о наличии примитивных, а экзогенных в широком смысле слова механизмов.

Так легче понять возникновение заболеваний, описываемых К. Шнейдером. Мы должны, однако, еще раз подчеркнуть, что расхождения касаются скорее деталей, чем основного и существенного в этом вопросе. Основное же заключается в том, что автор относит эти случаи к психогенным заболеваниям, а не к экзогениям. Автор говорит о реактивном страхе, как основе заболевания; мы считаем этот момент не обязательным, так как даже в приведенных им случаях не везде были основания для его возникновения и, повидимому, его непосредственно перед заболеванием и не было. Решающим мы здесь считаем временное изменение почвы, с одной стороны, и роль внешней обстановки, объективно своеобразной, специфической — с другой. Страх первично мог и не быть, и там, где он имеется, не он является основным источником параноида. Соответственно этому подобные параноиды мы и рассматриваем, как параноиды внешней обстановки, возникающие на экзогенно измененной почве.

Что специфическая внешняя обстановка, и в частности железнодорожная, играет в этих случаях значительную роль, показывает случай Knigge[1], опубликованной им, как он сам говорит, в дополнение к трем случаям Шнейдера. Заболевание развернулось здесь именно во время поездки, примерно при тех же обстоятельствах, как и 2-й случай К. Шнейдера (с индуцированным помешательством). Речь идет о молодой девушке, эмигрантке, заболевшей во время длительного путешествия и давшей такую же психотическую картину, как и в предыдущих случаях. Автор подчеркивает полное сходство этого случая с описанными К. Шнейдером и соглашается с последним в их оценке. Он рассматривает, следовательно, этот случай как психогенное заболевание, как «примитивный бред отношения» в понимании К. Шнейдера. В отличие от последнего он подчеркивает примитивность личности больной, а также ряд характерологических особенностей (в смысле противоречий стенических и астенических компонентов). Таким образом, конституциональному моменту автор склонен придавать большее значение в данном и в подобных ему случаях, нежели это делает К. Шнейдер.

В сущности мы имеем здесь такой же случай параноида, как и в ранее описанных нами случаях. Истощение имело здесь так же место, как и там, или как в случаях К. Шнейдера. К фактору переутомления присоединился и другой соматогенный момент—менструальный период, также способствовавший временному патологическому изменению почвы. Весьма интересно, что длительного лишения сна здесь не было, острый психоз развернулся на следующий день, после того как она спокойно проспала ночь. Это обстоятельство указывает на то, что хотя момент длительного лишения сна играет в этих случаях чрезвычайно большую роль, однако он не является совершенно обязательным, он может быть заменен другими факторами, способствующими истощению, или вообще другими соматогенными моментами.

[1] Zeitschr. f. die ges. Neur. u. Psych. Bd. (1935).

Параноид обозначился явственно уже в поезде, хотя для развития острого психотического состояния потребовалось, видимо, дальнейшее переутомление, а также присоединение другого, упомянутого выше, соматогенного фактора. Возможно, что этому могли дополнительно способствовать некоторые «психогенные» моменты, связанные с данным путешествием. Мы знаем, например, что ситуации, связанные с серьезными поворотами в жизненной судьбе и сопровождаемые определенным аффективным напряжением, вообще облегчают возникновение психогении. Наличие некоторого психологически понятного изменения аффективной сферы, с которым больная покинула дом, вполне вероятно. Возможно, что к нему присоединилась и некоторая окраска тревоги в связи с предостережением родных.

Хотя мы и видели ряд случаев, в которых эти добавочные психогенные моменты совершенно отсутствовали и, где психоз возникал исключительно в связи с внешней обстановкой и истощением, не приходится сомневаться в том, что наличие этих добавочных моментов может облегчить возникновение параноида там, где имеется налицо специфическая внешняя обстановка и соответствующая соматогения. В той мере, в какой, например, наличие ремиттировавшего шизофренического процесса или алкогольного похмелья чрезвычайно облегчает образование этих параноидов, в такой же мере могут облегчать их возникновение и добавочные психогенные и аффективные моменты как бы малы они не были.

Из более серьезных психогенных моментов могла бы играть тут роль ситуация «речевой изолированности»; однако речевая изолированность не была полной, так как около больной находилась женщина, с которой она могла объясняться и с которой подружилась. Характерно, что с особой силой вспышка развернулась как раз тогда, когда пришла выписывать ее из больницы эта знакомая. В это время стало быть «речевая изолированность», как таковая, совершенно не имела места. При всем этом нельзя отрицать, что и психогенный момент относительной «речевой изолированности» также мог играть некоторую роль в данном заболевании. Все эти добавочные психогенные моменты, действуя совместно, могли облегчить возникновение данного параноида внешней обстановки как раз в тот момент, когда присоединилась добавочная соматогения. Параноид внешней обстановки является разновидностью острого реактивного параноида. В последнем, как мы видели, наряду с психогенными моментами в обычном смысле слова, все большую роль играет соматогенное изменение почвы и объективное своеобразие внешней обстановки. При параноидах внешней обстановки эти два основных фактора все более вытесняют первые, вплоть до того, что в ряде случаев только они одни имеются налицо, в то время как другие психогенные факторы мало уловимы или совершенно отсутствуют. Однако, само собой разумеется, эти добавочные психогенные моменты там, где они имеются, способны лишь облегчить

возникновение подобных параноидов именно при наличии решающей, специфической внешней обстановки.

Как видно из изложенного, вряд ли можно говорить о каких-то исключительных патогенных свойствах, принадлежащих только и исключительно железнодорожной обстановке. Дело в объективном своеобразии внешней обстановки вообще, в сочетании новых раздражителей, в наплыве новых впечатлений, идущих от внешней обстановки. В этой мере понятие специфической обстановки есть, конечно, понятие глубоко относительное. В иных случаях подобную роль играет обстановка больницы, большого города и т. п. Необходимо только наличие добавочных соматогенных моментов, соответственного изменения «почвы». С другой стороны, не всякая «железнодорожная» обстановка является, даже при этих условиях, одинаково патогенной. Как мы видели из наших случаев, наиболее патогенной при этих условиях является обстановка переполненного вокзала или поезда. Эта обстановка, несомненно, имеет свои выдающиеся, почти специфические, неповторимые особенности. Этим объясняется то обстоятельство, что, с одной стороны, подобные заболевания чаще возникали на переполненных узловых станциях и, с другой стороны, то, что они вообще последнее время все реже стали отмечаться, по сравнению с предыдущими годами. Далее фактор истощения, длительного лишения сна, соматогении, связанной с путешествием, как таковым, вообще мыслим только там, где идет речь о длительных путешествиях и громадных пространствах. Трудно себе представить возникновение такого рода заболеваний там, где сроки путешествия измеряются часами, а не многими днями или неделями, как в случаях, наблюдавшихся нами. При этих условиях в самом путешествии могут содержаться не только необходимые специфические свойства внешней обстановки, но и условия, могущие вести к переутомлению, истощению, длительному лишению сна и всякого рода добавочным соматогениям.

Помимо перечисленных мной типов обстановки при некоторых чрезвычайных обстоятельствах и обычная, привычная, внешняя обстановка может приобрести выдающиеся, несвойственные ей ранее патогенные свойства. Такого рода черты, например, могут приобрести те или иные населенные пункты во время военных действий, во время отступления и массового передвижения мирного населения вместе с войсками. Если учесть, что как раз в этих условиях создается особенно благоприятная почва для различного рода соматогений для длительного лишения сна и истощения, что при этих условиях налицо будут иметься непосредственно связанные с военными действиями психогенные ситуационные факторы, то будет ясно, что этого рода ситуации представляют особый интерес с точки зрения возникновения параноидов внешней обстановки и острых реактивных параноидов вообще. С этой точки зрения определенный интерес представляет статья Мейера[1], в которой

[1] Meyer. Beitrag zur Kenntnis des Einlluses kriegerischer Ereignisse auf die Entctehung geistigers störungen. Arch. f. Psych. Bd. 56 (1915).

описывается случай острого психоза, возникшего одновременно у матери и двух дочерей во время бегства из района военных действий (1915). Психотическая вспышка развернулась после ночи утомительного путешествия (пешком); к картине острого параноида, несколько затянувшейся, присоединились явления затемненного сознания и своеобразные расстройства восприятия. Данный случай рассматривался Мейером, как заболевание экзогенное по своей природе, в то время как Шнейдер — и на наш взгляд более правильно — толковал его как заболевание психогенное, близкое к описываемым им случаям «примитивного бреда отношения».

Данное заболевание, возникшее одновременно у трех членов семьи, рассматривается автором, как симптоматический психоз, как экзогенное заболевание, обусловленное истощением. Он придает большое значение и психогенным моментам, но видит их роль главным образом в том, что они также способствовали возникновению тяжелого истощения, симптомом которого и явилась психотическая вспышка. Автор ссылается при этом на указание одной из больных, которая сравнивала это состояние с пережитым ею во время дифтерийной инфекции лихорадочным бредом. Косвенное подтверждение этому автор видит в том, что все члены семьи обнаруживают определенную «конституциональную слабость» (konstitutionelle Schwäche), в особенности нервной системы: мать — пожилая женщина с артериосклерозом, проведшая тяжелую трудовую жизнь; старшая дочь — базедовичка; младшая — отличается особенностями характера, склонна к колебаниям настроения и в прошлом перенесла лихорадочный делирий. За симптоматический психоз, по мнению автора, говорит и то, что болезнь продолжалась некоторое время и после стационирования; улучшение шло медленно и полная критика наступила лишь под влиянием полученных писем и разговоров с посещавшими ее знакомыми. Автор считает, таким образом, что истощение, подобно острой инфекции, вызвало у всех троих психическое расстройство в форме галлюциноза благодаря имевшемуся предрасположению; заболевание это, по мнению автора, развивалось дальше благодаря взаимной психической инфекции.

Такова точка зрения Мейера в оценке этого случая. К. Шнейдер рассматривает этот случай как близко стоящий к описываемой им форме «примитивного бреда отношения», как заболевание психогенное. В частности, по его мнению, он весьма напоминает случай 2 (см. стр. 16), где также имело место индуцированное помешательство. Именно факт индукции дает здесь право, по мнению К. Шнейдера, подчеркивать психогенное заболевание. При всем этом он также признает своеобразие этого случая, особенно в связи с преобладанием здесь сновидного изменения сознания; эта особенность отличает данный случай от его собственных, где симптом изменения сознания был лишь намечен.

В свете изложенного нашего материала и литературных данных вряд ли приходится сомневаться в реактивной природе данного за-

болевания с теми оговорками, конечно, которые нами делаются для острых реактивных параноидов вообще.

Опыт войны как раз показал, как переоценивалась роль физического и психического истощений в этом отношении. Но и помимо этого, какой бы точки зрения ни придерживаться в этом вопросе, невозможно допустить, что истощение, связанное с волнениями и физическим напряжением в течение всего одной ночи, могло бы обусловить возникновение настоящего симптоматического психоза. Неубедительными являются также аргументы Мейера относительно конституциональной слабости; если бы таковая и была, то совершенно непонятно, почему возраст больной (56 лет) и тяжелая трудовая жизнь должны облегчить возникновение именно острого симптоматического психоза. Фактора индукции не может отрицать и сам автор, но неубедительным и туманным является даваемое им толкование относительно дальнейшего развития симптоматического психоза, «благодаря взаимной психической инфекции».

Болезнь и в этом случае возникла тем же, описанным выше, путем. Имевшим место истощением было обусловлено временное изменение почвы, при котором и оказалось возможным возникновение острого реактивного параноида. До определенного момента никаких патологических явлений и страха не отмечалось. Потребовалось определенное истощение после проведенной в необычных трудах ночи, чтобы такая почва создалась. Затем у всех троих развился бред отношения и преследования, быстро нараставший и сопровождавшийся аффектом страха. Вначале это был настоящий параноидный синдром, совершенно совпадающий с теми, который мы видели во всех описанных выше случаях. Вначале сознание не было изменено, ориентировка была полная, не было никаких переживаний. Лишь значительно позже по мере нарастания аффекта страха наступило у больных затемнение сознания, достигшее здесь значительных степеней. Как и в других случаях острых параноидов, в ситуации, как таковой, значительное участие принимали элементы своеобразной внешней обстановки. В рассказе больных, да и в объективных сведениях все время говорится об этих особенностях обстановки: «страшное множество людей проходило потоком», «люди бежали», «во многих местах были пожары», «было так много людей», «повозки беженцев большими массами заполнили город». Одна из сестер прямо сообщает, что тревога объясняется тем, что «они не привыкли, в дороге было много беженцев из города и окрестностей». Наряду с этим здесь имеется непосредственный психогенный фактор — близость военных действий и связанная с этим опасность. Однако было бы неправильно придавать значение только одному этому психогенному фактору, игнорируя значение своеобразной внешней обстановки и истощения. И в рассказах больных мы не видим значительно выраженного страха в начале путешествия. Настоящий аффект страха отмечается только с началом острого параноида, после чего он продолжал неуклонно нарастать. В генезе острого параноида

участвуют, следовательно, не одни только психогенные моменты военной опасности, но в большей мере факторы внешней обстановки и соответствующего изменения почвы. Да и кроме того, сама по себе военная ситуация, угрожающая непосредственно опасностью, не содержит в себе ничего такого, что бы могло вызвать именно параноидную реакцию. Ей соответствовала бы больше реакция по типу психогенных сумеречных состояний, лишенных всякого параноидного содержания, как, например, при катастрофах, стихийных бедствиях. Возникновение параноида в этих условиях, среди своих, по мере удаления от угрожающей опасности является с этой точки зрения непонятным. Оно делается понятным только с точки зрения механизмов, характерных для возникновения острого параноида (изменения «почвы» и участия объективно своеобразной внешней обстановки). Общая же психогенная ситуация, внушавшая страх, облегчила возникновение данного параноида, сделав его одновременно более тяжелым по картине и длительным по течению.

Таково, с нашей точки зрения, понимание этого случая. Он должен быть, следовательно, отнесен к острым реактивным параноидам, весьма приближающимся к нашим параноидам внешней обстановки. Особенности внешней обстановки, отличной от той, с которой мы имели дело в предыдущих случаях, наличие психогенной травматизирующей ситуации в виде угрожающей реальной опасности, особенность соматогенного фактора, а также наличие момента индукции делают этот случай по клинической картине и течению чрезвычайно своеобразным. Сочетание этих условий не является, однако, здесь случайным, наоборот, оно характерно и целиком вытекает из существа данной чрезвычайной, описываемой в работе, ситуации. В этом, по нашему мнению, заключается специальный интерес рассматриваемого случая.

Рассмотренные случаи К. Шнейдера, Книгге, Мейера являются, таким образом, заболеваниями психогенными, и именно острыми, реактивными параноидами. Возникновение этих параноидов, как мы видели, недостаточно понятно из психогенной ситуации в тесном смысле этого слова. Наличие психогенных ситуационных моментов и именно таких, которые в состоянии психологически понятным образом вызвать параноидную реакцию, оказались в этих случаях не обязательными.

В равной мере не представлялось возможным объяснить возникновение этих острых параноидов из «элементарного реактивного страха». Как мы видели, основания для последнего могли в какой-то мере иметь место только в части случаев, в других—они были сомнительны или вовсе их не было. Да помимо этого, необходимо заметить, что наличие реакции страха само по себе еще не делает понятным возникновение параноида и вопроса не решает даже для тех случаев, где имелось достаточно оснований для «элементарного реактивного страха».

Что же является характерным и общим для всех без исключе-

ния случаев? Характерным для всех случаев без исключения является изменение почвы под влиянием истощения или соматогении и наличие объективно своеобразной внешней обстановки. В качестве соматогенных факторов выступает здесь: переутомление, лишение сна, тяжелая форма туберкулеза, менструальный период, а также, повидимому, гриппозная инфекция. Объективное своеобразие внешней обстановки имеется во всех случаях, причем в трех — психоз развертывается во время поездки по железной дороге или непосредственно вслед за ней, в одном—во время пребывания в больнице и в другом — при чрезвычайной ситуации, связанной с глубоким изменением внешней обстановки. Наличие двух указанных патогенных факторов отмечается во всех без исключения случаях и потому они должны рассматриваться, как наиболее существенные механизмы в образовании данных болезненных форм. Случаи, таким образом, и по картине, и по патогенезу относятся к острым параноидам и приближаются к описываемым нами параноидам внешней обстановки, хотя и отличаются несколько от последних сравнительно большим участием, кроме специфической внешней обстановки, других психогенных факторов в возникновении заболевания.

Этим собственно и исчерпываются литературные данные по рассматриваемому вопросу. Приведенный материал можно пополнить лишь одной работой, имеющей в данной теме лишь косвенное отношение. Мы имеем в виду работу Abeles and Schilder (1935)[1] «Psychogenic Loss of personal Identity amnesia».

В работе описывается особая форма психогенной реакции, заключающаяся в том, что заболевший внезапно забывает собственное имя, а также важнейшие сведения о самом себе. Приводимый в работе анализ показывает психогенное происхождение расстройства; в большинстве случаев заболеванию предшествовали психические травмы; акцент ставится на конфликтах сексуального характера. Прямого отношения цитируемая работа к нашему вопросу, как видим, не имеет. Обращает, однако, на себя внимание то обстоятельство. что в некоторых из описанных случаев заболевание развертывалось только тогда, когда больной приезжал в большой город (Нью-Йорк), в новую для данного лица внешнюю обстановку, в то время, как подчеркиваемый авторами сексуальный конфликт до этого момента не оказывал своего патогенного действия. Таковы, например, случаи 7 и 13 из описываемого материала. Возникает, таким образом, вопрос о роли фактора внешней обстановки в возникновении данного расстройства, о роли его по крайней мере в качестве дополнительного фактора к тем основным моментам, которые подчеркивают авторы. Если такое предположение оказалось бы верным, оно представляло бы несомненный интерес для нашей проблемы. Оно указывало бы, что психогенная роль фактора внешней обстановки не исчерпывается вызыванием параноидных синдромов и что при некоторых исключительных обстоятельствах патогенная роль его может быть шире и разнообразнее.

---

[1] Archives of Neur. and. Psych. v. 34 (1935).

ГЛАВА III

ОБ ОСТРЫХ ПАРАНОИДНЫХ СДВИГАХ В ТЕЧЕНИИ ПСИХОЗОВ

Случаи, совершенно аналогичные описанным или во всяком случае мало от них отличающиеся по клинической картине и течению, могут, как мы уже говорили, возникнуть и на базе шизофренического процесса. Параноид и в этих случаях возникает при той же специфической внешней обстановке, развертывается с такой же остротой и так же благоприятно в большинстве случаев заканчивается. По клинической картине, по условиям возникновения и по исходу они настолько мало отличаются от описанных выше «чистых» случаев, что по этим критериям они, собственно, от последних не отличимы. Отдельные шизофреноподобные детали в клинической картине (обонятельные галлюцинации, идеи воздействия, особенности аффективной сферы) для этих случаев, правда, более характерны, чем для неосложненных, однако они не могут служить надежным критерием наличия шизофренического процесса. Лишь отдельные указания из анамнеза, а также особенности статуса в период после завершения параноида, т. е. данные, выходящие за рамки клинической картины острого параноида, как такового, заставляют думать с большей или меньшей долей вероятности о наличии шизофренического процесса. По нашим данным, речь идет в этих случаях исключительно о благоприятных, вяло текущих шизофрениях, без наличия ясно выраженного дефекта. Подобный случай, приведенный нами в цитированной выше статье, мы даем ниже.

Случай 5-й. Больная З. К. А.—25 лет, поступила 18 января 1934 г., выписана 25 января. Краткие объективные сведения (со слов мужа). Знает больную около 10 лет, характеризует ее как мягкого, уступчивого, избирательно общительного человека. Пять лет как живут совместно, семейная жизнь сложилась счастливо. Были 3 беременности, все закончились преждевременными родами на 8-м месяце. 2-й ребенок жив. В 1931 году болела гонорреей, в 1932 году малярией. Считает, что жена больна с лета 1932 года. Появились сильные головные боли, наблюдавшиеся вначале изредка, в последнее время почти ежедневно. Жаловалась на сильную тоску, часто без причины плакала, стала раздражительна, более требовательна по отношению к мужу, избегала общества, стала молчаливой. Около двух месяцев тому назад собиралась из совхоза, где они живут, поехать в Моршанск, где все время принимала физиотерапевтические процедуры. Со слов окружающих вела себя на станции странно, тревожно озиралась по сторонам, на лице все время было выражение страха, внезапно бросилась бежать, была доставлена посторонними к мужу, в Моршанск. Со-

стояние тревоги, страх наблюдались около суток, после чего появилась критика к пережитому. В конце декабря больная должна была поехать из Моршанска к себе домой. Поведение на станции обратило внимание служащих: испуганно осматривалась по сторонам, искала уединения, в дальнейшем порвала на себе одежду, начала раздавать все имеющиеся у нее вещи окружающим со словами: «Берите все, не убивайте», бросилась бежать. Была снова задержана и доставлена к родственникам; со слов последних, около 1½ суток наблюдалась тревога, страх, испуганно оборачивалась на малейший шорох, в дальнейшем стала спокойней, рассказала все случившееся с ней на станции, критика полностью не восстановилась. Последние дни часто плачет, жалуется на тоску, нередко отмечались головные боли, неприятные ощущения в области сердца.

2 января. Субъективный анамнез. Наследственность: отец 80 лет, общителен, веселый, добродушный человек. Мать 60 лет, замкнутая, мало разговорчивая, раздражительная, «скандальная» женщина, года три тому назад (в связи с какой-то психической травмой) была около двух недель больна какой-то душевной болезнью, были страхи, уверяла, что ее кто-то преследут, много суетилась, не спала.

Наша больная, в детстве веселая, бойкая, подвижная девочка, всегда любила быть «первой». Поступила в школу 9 лет, учение давалось туго, с возрастом менялась мало — все такая же общительная, веселая, крайне самолюбивая. В 16 лет неудачный роман, тянувшийся около 3 лет. В 19 лет вышла замуж за другого.

Считает, что семейная жизнь сложилась не совсем удачно. Отношения мужа не удовлетворяли «было мало ласки, теплоты, внимания». Половая жизнь тяготила. По характеру изменилась со времени замужества — стала уступчивее, менее общительная; «муж как-то подавил меня», молча переносила все семейные неполадки. В мае заболела малярией, от которой избавилась лишь в июле. С мая же отмечает частые головные боли, стала раздражительна, часто плакала без причины. Начало своего настоящего заболевания относит к августу, связывает с незначительным происшествием, которое считает исключительно важным: ребенок больной, вернувшись со станции, рассказал, что он был свидетелем драки на вокзале. У больной появился какой-то безотчетный страх; появились ощущения в области сердца, сопровождавшиеся чувством тяжести, появилось ощущение пустоты в голове, отчетливо возникала мысль, что она «сходит с ума». Такое состояние длилось несколько часов, но с того времени стало часто повторяться независимо от какого-нибудь внешнего повода. Стала лечиться, принимала ряд физиотерапевтических процедур, отметила незначительное улучшение. Полмесяца тому назад возвращалась из Моршанска к себе домой, за день до того у больной появилось недомогание: боль в пояснице, левом боку, болезненность при глотании, насморк, кашель.

На станции к ней подошли два молодых человека, которые вступили с ней в разговор. Появилась полная уверенность, что это «шпана», почувствовала страх, который все время увеличивался. Появились мысли, что все окружающие составляют одну шайку, цель которой ограбить ее. Все как-то «по-особенному» смотрели на нее, переглядывались». Куда бы она ни пошла, — все те же подозрительные взгляды, странные перемигивания; начало казаться, что окружающие не только хотят ее ограбить, но хотят и ее втянуть в свою шайку, сделать «шпаной», они одурманивали, действовали через воздух посредством каких-то газов. Появилась мысль, что единственно, чем она может спастись, — это раздать все вещи; бросила платок, кольца, кошелек с деньгами, после чего бросилась бежать. Было желание добежать до знакомых, там спасут. Прибежала к знакомой, почувствовала и там какую-то странность в их поведении, выражении лица, обстановке, сейчас же выбежала обратно. Дальше смутно помнит, как была кем-то задержана, посажена в экипаж, была доставлена к родственникам. Вначале все было страшно, все казалось каким-то странным, подозрительным, в дальнейшем появилась критика ко всему

имевшему место, осталась лишь полная уверенность в том, что первые два лица, подсевшие к ней, были «шпана», желавшие ее обворовать.

В последнее время ее тяготили неприятные ощущения в области сердца, временами какая-то неясная тревога, страх за свое будущее.

В клинике: сознание ясное, ориентировка полная. Поведение правильное. Говорит главным образом о своих неприятных ощущениях, жалуется на перебои сердца, наблюдающиеся приступами и сменяющиеся чувством безотчетной тоски. Одну из причин своего заболевания видит в своей неудовлетворенности семейной жизнью, муж не считается с ее индивидуальностью, обезличивает, недостаточно чуток и внимателен к ней. К случаю, имевшему место на станции, не относится с достаточной критикой, считает, что ее страхи имели под собой почву. В настоящее время галлюцинаций, бредовых идей выявить не удалось. Постоянно несколько подозрительна и непонятно настороженна в беседе с врачами.

23 января. Пребыванием в отделении тяготится, настойчиво просит выписать, мотивируя тем, что ей стало хуже: чаще ощущает перебои. 25 января выписана на попечение знакомых.

Нетрудно усмотреть, что случай этот решительно по всем признакам сходен с описанными выше. Он возник при тех же условиях внешней обстановки; мы имеем такое же острое возникновение параноида, быстрое нарастание всей клинической картины, такую же резкую аффективную окраску бреда; на высоте психоза имеем равным образом затемнение сознания с последующей частичной амнезией. Заболевание и здесь отличается необычайной краткостью срока и благополучным окончанием. Наконец, как бы в подтверждение подчеркиваемого нами значения фактора внешней обстановки, параноид развертывается здесь, повидимому, второй раз, все в тех же условиях специфической железнодорожной обстановки.

Налицо здесь, следовательно, параноид внешней обстановки, совершенно аналогичный описанным выше. Каковы условия его возникновения, факторы, создавшие требуемую для реализации параноида готовность? Мы и здесь встречаемся с определенным соматогенным фактором. На этот раз, правда, не с истощением или с бессонницей, как в описанных выше случаях; здесь заболевание развернулось, как это следует из истории болезни, во время гриппозной инфекции (за день до того у больной появилось недомогание: боль в пояснице, в левом боку, болезненность при глотании, насморк, кашель). Временное изменение почвы было создано здесь, следовательно, другим, но тоже экзогенным фактором. Помимо этого, в данном случае можно предположить (хотя полностью быть уверенным в этом, как мы указали, нельзя) наличие шизофренического процесса. На это могут указывать изменения личности, наметившиеся еще до острой вспышки и усилившиеся после нее, ипохондрические идеи, непонятная тревога, своеобразные ощущения в голове и т. д. Если предположение о наличии здесь шизофренического процесса верно, тогда нужно думать, что он является одним из факторов, создавших столь необходимую для возникновения заболевания готовность. Латентная, не всегда заметная бредовая готовность, изменение аффективной сферы и, может быть, особые

изменения восприятия, свойственные шизофреническому, хотя бы и благоприятно текущему, процессу, создали, наряду с указанным соматогенным фактором, требуемую готовность, почву. При этих условиях, параноид внешней обстановки имеет, видимо, гораздо больше возможностей для своего возникновения, чем в неосложненных случаях. В высшей степени, однако, любопытно, что даже в этого рода случаях, где предполагается наличие шизофренического процесса, требуется еще и участие экзогенного момента—в данном случае соматогении, в другом случае (приведенном в указанной статье, в котором также можно предполагать наличие благоприятного шизофренического процесса)—алкогольного похмелья. Это обстоятельство указывает, что даже наличие шизофрении не всегда достаточно для создания требуемой готовности, что в этом отношении именно экзогенные моменты, причем определенного типа, вроде перечисленных выше, являются особенно мощными по своему патогенному значению факторами.

Приведенный случай отличается, правда, некоторыми деталями, носящими шизофреноподобный характер. Так, например, в разгар острого параноида у больной были переживания, в которых определенную роль играли идеи воздействия (ее хотят втянуть в шайку, ее одурманивают), были также, видимо, обонятельные галлюцинации. Эти симптомы, нисколько не нарушающие цельности всей клинической картины, носящей характер настоящего параноида внешней обстановки, идут, повидимому, от предполагаемого нами шизофренического процесса. Патогномоничной эту симптоматику, именно для шизофренической почвы, мы считать, однако, не можем, так как подобные же явления имелись и в тех случаях, где вовсе не было оснований для предположения о шизофреническом процессе (см. случай 1). Повидимому, во время острого параноида, в особенности тогда, когда клиническая картина находится уже под знаком измененного сознания, такая шизофреноподобная картина может возникнуть и без участия настоящей шизофренической почвы, при наличии конституциональных особых данных или даже без последних. В этом отношении здесь уместна аналогия с острым алкогольным галлюцинозом, который может возникнуть и на шизофренической почве, и на почве конституциональной без шизофренического процесса. Шизофреноподобная симптоматика, вроде упомянутого выше, чаще встречается при галлюцинозах, возникших у шизофреников-алкоголиков; все же достаточно часто она встречается и при галлюцинозе, возникшем у шизоидных алкоголиков, у алкоголиков-психопатов или органиков,— там, где никаких указаний на наличие процесса не имеется. Эта симптоматика не является, следовательно, патогномоничным критерием наличия шизофренического процесса. В том и в другом случае галлюциноз, во всяком случае, сохраняет все присущие ему основные черты: условия возникновения (после пьянства), характерную клиническую картину и благополучное в большинстве случаев окончание. То же своеобразие нашего острого параноида по условиям возникновения,

по клинической картине, течению и исходу мы имеем в подавляющем большинстве случаев независимо от того, участвует ли в их генезе, наряду с очерченными выше решающими факторами, и шизофренический процесс или нет.

Подобные острые параноиды внешней обстановки, возникающие на базе благоприятно протекающей шизофрении, без сомнения, расцениваются обычно, как спонтанные вспышки шизофрении, как шизофренические Schub. Если даже неосложненные случаи рассматриваются иногда как вспышки шизофрении, то случаи, в анамнезе которых имеются указания на наличие процесса, несомненно, расценивались бы как спонтанные вспышки имеющейся еще до этого шизофрении. Совершенно ясно, однако, что такое толкование является клинически неправильным. Эти случаи ближе всего стоят к нередко встречающимся реактивным состояниям у шизофреников. Но в то время как психогении у шизофреников обычно отграничивают от спонтанных вспышек или обострения шизофрении, случаи, подобные нашим, ввиду неразличимости действующего здесь психогенного фактора (внешняя обстановка), обычно совершенно не принимаемого во внимание, несомненно, принимаются за самостоятельные вспышки шизофрении, за проявление спонтанного, обусловленного внутренними причинами обострения болезни, что, как указано, клинически неверно. Эти вспышки спонтанны лишь на первый взгляд, по сути же дела — реактивны, в особом, указанном выше, смысле слова. Без определенных условий, т. е. прежде всего без соответствующей внешней обстановки, эти вспышки не имели бы места. В этом отношении снова правильно сравнение этих случаев не только с так называемыми реактивными состояниями у шизофреников, но и со случаями алкогольного галлюциноза, возникающими на шизофренической почве. Неправильно рассматривать острый алкогольный галлюциноз в тех случаях, где имеется шизофреническая почва, как обострение шизофренического процесса, к тому же спонтанно возникшее. Как и в наших случаях, возникновение галлюциноза обязано другой причине (алкогольной интоксикации). Это не спонтанные, обусловленные эндогенными причинами, психотические вспышки и не обострения шизофренического процесса вообще. Это, как и наши острые параноиды, заболевания другого рода; в их генезе участвуют специальные факторы, к которым в качестве дополнительного, но не обязательного момента, может присоединиться и фактор шизофренического процесса.

В приведенном случае имеется одно, на наш взгляд, не лишенное интереса, указание: у нашей больной вспышка возникает повторно; первый раз аналогичная картина параноида, выраженная впрочем значительно мягче, возникла за два месяца до этого, также на вокзале, при тех же специфических условиях внешней обстановки. Такого рода повторяемость параноидных вспышек при одних и тех же условиях внешней обстановки указывает на значение именно этого последнего фактора, на его психогенно травматизирующую роль и на реактивный характер заболевания в целом.

Как мы говорили, самый факт возникновения подобных параноидов, именно при определенных условиях внешней обстановки, лучше всяких других аргументов говорит в пользу патогенной роли этой обстановки и за реактивный, хотя и в особом смысле, характер данного заболевания. Еще интереснее и очевиднее представляется дело, когда мы имеем повторное возникновение заболевания у одного и того же больного во время поездки по железной дороге. Помимо данного случая, мы на нашем материале неоднократно имели подобную повторяемость, причем заболевания у одного и того же больного обычно отличались по интенсивности (см. случай 4). Такое же явление отмечается и на материале некоторых других авторов, хотя последние и не останавливаются на значении этого момента и, как мы видели, трактуют заболевания, как экзогенные. Повторяемость заболевания у различных лиц при одной и той же психогенной ситуации говорит решительным образом за реактивный характер заболевания. Таков и неопровержимый довод Кречмера, обосновывающего реактивный характер своего сензитивного бреда отношения тем, что аналогичные бредообразования, описанные другими авторами, возникли при ситуациях, сходных с той, которую описывает он сам. Этот аргумент статистического порядка, приводимый этим автором, является весьма ценным дополнением к его основной клинической аргументации. Те же соображения вполне уместны и при наших параноидах. Как мы видели на нашем материале и на материале других авторов и как это видно будет и из дальнейшего, подобные параноиды в подавляющем большинстве случаев возникли при одной и той же, примерно, внешней обстановке; этот факт уже сам по себе, помимо соображений клинического порядка, по существу говорит за решающую патогенную роль данного рода обстановки. Повторяемость же психотических вспышек у одного и того же больного при одних и тех же условиях внешней обстановки еще более наглядно подтверждает правильность этого толкования.

Если вообще мы в клинической психиатрии склонны умалять значение ситуационного фактора в пользу конституции, почвы, то в еще большей мере это относится к специальному и, так сказать, автономному компоненту ситуации — внешней обстановке. Ее вообще не принимают в расчет. Между тем, по нашему мнению, клиническое наблюдение (а подчас изучение с указанной точки зрения и других историй болезни из не относящейся сюда литературы см. ниже) учит, что этот фактор сплошь и рядом является достаточно действенным, оказывающим определенное влияние на симптоматику и течение уже существующего заболевания не меньше любого мощного психогенного фактора.

Нам приходилось наблюдать случаи, при которых у больных, находившихся в активной стадии шизофрении, обнаруживавших до клиники и во время пребывания в клинике разнообразную шизофреническую симптоматику, резко менялся status во время поездки по железной дороге. Вместо, например, полиморфной картины, не-

определенных бредовых высказываний, гебефренической окраски поведения, с разорванными и недостаточно понятными высказываниями, в пути мало-помалу развивался явственный и отчетливый бред преследования; этот бред преследования уступал по остроте тем, которые мы видели у описанных выше больных, да и возникал он на почве, хотя бы в некоторой мере, уже бредовой. Он, следовательно, не является настоящим реактивным параноидом у шизофреников в том смысле, как это говорилось выше. Но если это и не реактивный параноид в тесном смысле этого слова, то не подлежит сомнению, что под влиянием специфической внешней обстановки мы имеем в этих случаях приближение к интересующему нас синдрому и резкое изменение в клинической картине. Здесь речь, конечно, не идет об изменении лишь содержания высказываний при перемене места и обстановки; изменилось не содержание бредовых идей и других высказываний, а резко изменились все соотношения в клинической картине с вытеснением одних компонентов на задний план, с выдвижением бреда на передний план, до полного доминирования его в статусе больного. В этих случаях не было вообще никаких иных новых факторов, кроме единственно временного перевода больного в иную обстановку. А это означает с несомненностью, что интересующий нас тип обстановки, действительно, является в определенном смысле слова психогенным фактором, действительно содержит в себе, как мы это утверждаем, элементы, способствующие образованию брезда (wahnauslösend) и возникновению реактивных параноидов.

Отношение подобных реактивных параноидных синдромов к шизофрении будет, следовательно, в разных случаях различным. Мы подробно остановились выше на тех случаях, где острый параноид возникает на фоне мягко текущего или ремиттировавшего шизофренического процесса. В этих случаях самый параноид почти не отличим от чистых, неосложненных шизофренией случаев, таковы же его течение и исход. Процесс мало заметный до вспышки остается таким и после нее, а сам он служил добавочным патогенетическим фактором к обычным, более мощным в этом отношении, экзогенным факторам. Параноид, однако, может возникнуть и на базе более серьезного по своей интенсивности шизофренического процесса, притом во время активного стадия процесса. В этих случаях картина возникшего параноида будет, естественно, изменена более глубоким образом, да и в механизме возникновения шизофренический процесс будет играть в этих случаях более активную, нежели в других случаях, роль; течение и исход будут зависеть от состояния процесса, находящегося в активном стадии, и острый параноидный синдром может в этих случаях смениться другой, более банальной, шизофренической симптоматикой. Наконец, в третьем случае будем иметь, под влиянием специфической внешней обстановки, изменение в шизофренической симптоматике, сдвиги в клинической картине в сторону временного преобладания бредовой симптоматики, без того, чтобы возникали при этом кар-

тины, тождественные с описываемыми острыми параноидами. Сходство здесь будет более отдаленное; но связь этих перемен в симптоматике с внешней обстановкой будет здесь не менее очевидна, чем в так называемых чистых случаях. Хотя эти картины и не могут быть ни в какой мере причислены к острым реактивным параноидам, факт их возникновения под влиянием специфической обстановки с большой наглядностью свидетельствует об определенных качествах этой обстановки, на которые мы в настоящей работе все время указываем, об их, если можно так выразиться, бредообразовательной мощности, реализуемой, впрочем, лишь при наличии соответствующих условий. Случаи шизофрении, где имеется лишь сдвиг в симптоматике, заслуживают, несмотря на свою простоту, тем большего внимания, что означенный сдвиг происходит без участия каких бы то ни было экзогенных факторов, как, например, истощение, бессонница, инфекция, алкоголь. В этих случаях, следовательно, психогенные свойства специфической внешней обстановки, ее бредообразовательная мощность демонстрируются в еще более чистом и наглядном виде, нежели в настоящих случаях параноидов внешней обстановки.

Ниже будет нами вкратце приведен случай, иллюстрирующий возникновение острого параноида на базе шизофренического процесса, во время активного стадия процесса. Уже здесь соответственно изменена или частично закрыта шизофренической симптоматикой картина параноида; шизофренический процесс идет вперед и роль его в возникновении параноида значительно больше, нежели в случаях, подобных приведенному выше; это иллюстрируется также и тем, что здесь мы значительно меньше отмечаем участие экзогенных или симптоматических факторов. Дальше будет нами приведен материал, иллюстрирующий только сдвиги в симптоматике, происходящие у шизофреников под влиянием внешней обстановки, без всякого влияния каких бы то ни было экзогенных факторов.

Случай 6. Больной Н., 22 лет, по профессии механик, поступил в Воронежскую психиатрическую клинику 8 марта 1935 года.

Выписан 20 апреля.

Объективный анамнез (со слов сестры). В роду душевнобольных не было. Отец синтонный, общительный. Мать работящая, хорошая хозяйка, преданная семье; несколько замкнутая, малообщительная. Больной развивался здоровым, в 1914 году перенес тиф.

По характеру мягкий, общительный, веселый, очень добросовестно относился к своим обязанностям.

Окончив школу 2-й ступени, поступил в авиатехникум в Ленинграде. Спустя 2½ года оставил учебу по семейным обстоятельствам. Решил поступить на службу и помогать семье. Характеризуют его в то время человеком способным, легко все усваивающим; много читал, любил всегда делиться впечатлениями о прочитанной литературе.

С 1933 года на его иждивении находилась мать и сестра; жил плохо, нехватало заработка, приходилось голодать.

Примерно, с начала 1935 года стал как-то меняться по характеру и поведению: стал «задумчив», малоразговорчив, нередко отказывался от

еды, говорил: «Это дорого». В конце февраля поехал из Ленинграда в Азово-Черноморский край к сестре, ехал вместе с матерью. В дороге был тих, молчалив, мало спал. Не доезжая Козлова, стал проявлять беспокойство, пристально всматриваться в лица соседей; наконец, подошел к окну разбил стекло и выпрыгнул из поезда. После этого был доставлен в Тамбовскую психиатрическую больницу; там пробыл с 1 марта по 5 марта, и в хорошем состоянии, полностью оправившимся, был взят сестрой, которая приехала за ним в Тамбов.

Приводим выдержки из дневника истории болезни Тамбовской психиатрической больницы.

1 марта. Доставлен в связанном виде со ст. Мичуринск. На правой руке и ноге имеются резаные кровоточащие раны; на вопросы почти не отвечает, плачет, в страхе озирается по сторонам; ночь спал тревожно.

3 марта. Спокоен, врачу охотно рассказывает о своей жизни в Ленинграде, о поездке своей сообщает следующее: «В поезде ему показалось, что кругом бандиты, хотят отнять его вещи и он, боясь их, решил выброситься из окна». Что было дальше, ничего не помнит.

5 марта. Настроение лучше, бодрее. Аппетит и сон наладились; спокоен, полностью ориентирован. Поведение правильное. Выписан сестрой под расписку.

Дальше сестра сообщает, что по дороге в Воронеж больной был неразговорчив; в пути через некоторое время стал проявлять признаки беспокойства. Не доезжая Воронежа, разбил стекло и выскочил из поезда. После этого был доставлен в Воронежскую психиатрическую больницу.

Состояние при поступлении. На вопросы отвечает тихим, монотонным голосом, сидит в одной позе; удается узнать от него, что по дороге «он испугался, хотел убежать».

В дальнейшем был переведен в спокойное отделение, где до выписки оставался почти в одном и том же состоянии: малоразговорчив, несколько депрессивен, с недостаточным интересом к окружающему. 20 апреля выписан из клиники.

В этом случае речь идет о шизофреническом процессе, начавшемся во всяком случае до поездки. В пути без какой-нибудь дополнительной соматогении или длительного лишения сна у больного, который к тому же ехал не один, возник описанного типа параноид с обычной симптоматикой и затемнением сознания на высоте заболевания. По поводу этого заболевания, представлявшего, очевидно, реактивно возникший параноид у шизофреника (в активной стадии процесса) больной помещается в Тамбовскую психиатрическую больницу, где и проводит в спокойном состоянии пять дней. Картина, следовательно, мало отличалась от тех, которые мы видели в неосложненных случаях и при мягко выраженной шизофренической почве, если не считать бледности и скупости внешних проявлений, понятной при наличии активного и достаточно выраженного шизофренического процесса. По пути из Тамбова через очень короткое время заболевает повторно — насколько можно судить тем же параноидом — и при аналогичных условиях помещается в Воронежскую клинику. Там проводит $1^1/_2$ месяца, остается вялым, мало доступным, несколько депрессивным, без внешних проявлений бреда и затем выписывается родными без изменений. Вторая вспышка отличалась еще большей смазанностью картины, и в связи с вялостью и недоступностью больного суждение о характере этой вспышки может быть вообще только

приблизительным; можно, однако, думать с большей долей вероятности, что она во многом была похожа по своему содержанию на первую. Необходимо заметить, что до первого параноида фактор лишения сна во всяком случае не был резко выражен. Второй раз этого момента вообще не было; больной дал вторую вспышку в начале пути, т. е. почти немедленно после того, как снова очутился в поезде. Этот случай показывает с большой наглядностью психогенную роль обстановки, реактивную природу возникшего синдрома и подчиненное значение для данной ситуации при наличии активного шизофренического процесса всяких вспомогательных факторов, в том числе и бессонницы.

В отличие от приведенного в начале этой главы случая острого параноида, возникшего на шизофренической почве, мы видим здесь уже во многом иные отношения между реактивным образованием и шизофренией. Процесс здесь далеко не так благоприятен по течению, как в первом случае, реактивный синдром возникает здесь к тому же во время активного стадия процесса. Соответственно этому и роль его, в смысле создания необходимой готовности, более непосредственная и прямая, чем там, в ущерб значению экзогенных и соматогенных факторов. Симптоматика делается менее ясной, она больше закрыта основным шизофреническим фоном, в то время как там она мало отличается от той, которая присуща неосложненным случаям. Выход также делается все менее благоприятным не столько в отношении данного синдрома, сколько в отношении основного шизофренического страдания, которое идет своим путем, свойственным активному стадию процесса, или даже, что также не может быть исключено, психогенным путем активируется и обостряется.

Но все же этот случай относится еще к тем, где специфическая внешняя обстановка, несмотря на наличие активного шизофренического процесса, обыкновенно все меняющего в психогенных образованиях и предписывающего всему свои законы, в состоянии еще создать параноидный синдром, в основном сохраняющий структуру описанного параноида внешней обстановки. В других случаях, где реактивное бредообразование совпадает по времени с более яркими по своему клиническому проявлению фазами шизофрении, оно не выступает уже в виде очерченного выше синдрома. Там бредообразовательная мощность специфической внешней обстановки сказывается, как мы говорили, в изменении уже существующей шизофренической симптоматики, в смысле обострения и выдвижения на передний план бреда, который начинает благодаря этому господствовать в клинической картине. Для этого в большинстве случаев уже не требуется обязательное участие экзогенных или соматогенных факторов. Случаи эти разнообразны, но общим для них является резкое и очевидное изменение статуса, притом в определенном направлении, обязанное единственно переводу больного в рассматриваемую нами специфическую внешнюю обстановку. Примером может служить следующий случай.

Случай 7[1]. Больная Ш. Е. И., 38 лет, домашняя хозяйка, поступила в институт им. Ганнушкина 30 апреля 1937 года. При поступлении вяла, апатична, говорит, что она никому не нужна, что паспорт у ней не такой, как у всех, что ее должны судить. В детстве развивалась нормально. Училась в школе несколько лет. Учение давалось с трудом. Училась и работала затем в швейной мастерской. По характеру всегда малообщительна, близких подруг не имела, была всегда нерешительна, неуверенна в себе. До 16 лет работала в мастерской, затем из-за болезни матери оставила работу и стала заниматься хозяйством, обслуживала всю семью. Была расчетлива, бережлива. Иногда в поступках больной проявлялось нелепое упрямство; других странностей в то время не наблюдалось. Вышла замуж двадцати лет. Хороших отношений у больной с мужем не установилось. Во всем беспрекословно ему подчинялась, была пассивна. Через 2 года родила ребенка. После родов какое-то необычное состояние: из родильного дома писала родным длинные письма, в которых излагала много фактов, не имевших отношения к данному моменту. По приезде домой была возбуждена, подвижна, деятельна, много делала совершенно ненужного, вытаскивала старый ненужный хлам и т. д. Вставала рано, заставляла всех родных вставать с постелей и завтракать. Вспоминала все события прошлых лет, заставляла родных слушать, много разговаривала. В связи с таким болезненным состоянием родные отправили ее на дачу, рассчитывая, что это даст ей возможность успокоиться. Месяца через 2 состояние улучшилось. Сама больная об этом периоде рассказывает очень неохотно. Была попрежнему вяла, своей инициативы никогда не проявляла. Муж с больной мало считался, не посвящал ее в свои интересы, редко с ней разговаривал. Больная таким отношением совершенно не тяготилась; считала его нормальным, так как расценивала себя, как «не развитую, не ученую» и т. д. В конце 1936 года муж больной стал часто говорить ей о невозможности совместного проживания, о предстоящем разводе. В этот период больная резко изменилась; стала хуже справляться с хозяйством, не топила печей, много лежала, ребенком перестала интересоваться. Ночью совершенно не спала, унесла вещи из сундука, говорила, что ее обворуют, была возбуждена настолько, что родные хотели ее вязать. Утром муж повез больную к психиатру в Москву из Болшова. В поезде стала резко тревожна; появились страхи, казалось, что ее хотят арестовать, на нее смотрят, преследуют, так как паспорт у ней не такой, как у всех. На вокзале встретила сестру, в страхе крепко ухватила ее за руку, говорила о преследовании, дрожала. У родных в Москве страхи вскоре прошли, но б-ная стала высказывать мысли, что паспорт у нее не обычный, что она никому не нужна, что ей нужно умереть. На улице озиралась, казалось, что за ней ходят, преследуют ее. Целыми днями лежала в постели, ничем не занималась, не интересовалась и не спрашивала даже о ребенке. Такое же состояние наблюдалось и в институте. Формально контактна, отвечает на вопросы неохотно, скудно, старается уклониться от беседы. Мимика вялая. иногда неадекватная улыбка; просит отпустить ее домой, говорит о создавшейся для нее тяжелой семейной ситуации и при этом улыбается. Считает себя виноватой в том, что не могла установить правильных взаимоотношений с мужем, так как была «не развита, не подходила ему». Вяла, аппатична, ко всему относится безразлично, обо всем, даже о дочери, говорит тупо, безучастно. Почти ни с кем не общается. Вскользь высказывает мысль, что у ней паспорт не такой, как у всех, что за это ее должны арестовать. Выписана домой. Ничем не интересуется, хозяйством не занимается, много лежит в постели.

В диагнозе шизофрении, несмотря на ряд особенностей, вряд ли можно здесь сомневаться. Возбуждение, наблюдавшееся после родов, необходимо, повидимому, рассматривать как начало шизофренического процесса, хотя с уверенностью датировать его этим вре-

---

[1] История бол. Ф. О. Каневской.

менем нельзя ввиду своеобразия «препсихотической» личности, возможно уже пораженной процессом. Повидимому, определенная дефектность больной служила, по крайней мере, частично причиной неналаженности ее отношений с мужем и с семьей, а возможно и развода. Реактивные моменты сделали эту дефектность еще более явной. Психотическое состояние (растерянность, нелепое возбуждение) больной заставило мужа поехать с ней в Москву к психиатру. В пути состояние меняется, приобретает черты довольно острого параноидного синдрома, сопровождавшегося страхом (дрожала, цеплялась на вокзале за сестру), резко отличавшегося от того состояния, которое было у ней до этого дома; по приезде в Москву успокоилась, острое состояние страха и бреда преследования прошло и сменилось шизофренической симптоматикой, державшейся и дальше (вялость, растерянность, идеи самообвинения, отдельные бредовые идеи преследования). Приходится, следовательно, отметить резкое изменение в клинической картине, обусловленное при отсутствии других видимых причин фактором внешней обстановки во время поездки. И до этого и после у больной имелись отдельные бредовые идеи преследования (дома ее хотят обворовать, ограбить; в Москве на улице озирается, думает, что за ней следят); эти отдельные бредовые компоненты были вкраплены в клиническую картину другого порядка, характеризовавшуюся в основном вялой, мало выразительной депрессией с идеями самообвинения. Во время поездки бредовая симптоматика начинает господствовать в картине и создает на короткое время отчетливо обозначенный параноидный эпизод, резко отличающийся от обычного состояния больной. Указанный параноидный эпизод не может быть, конечно, расцениваем как настоящий параноид внешней обстановки, возникший на шизофренической, но сравнительно благополучной почве, так как он возник на фоне психотическом до этого эпизода и после его завершения и не свободном и без того от бредовых компонентов. Мы имеем лишь **сдвиг в клинической картине** в определенную сторону под влиянием того же фактора своеобразной внешней обстановки.

Этого рода **сдвиги** не в меньшей мере, нежели чистые случаи острых параноидов, свидетельствуют об особых качествах некоторых типов внешней обстановки. Нам думается, что подобные случаи, в противоположность настоящим острым параноидам внешней обстановки, далеко не так редки, хотя и не привлекают к себе особого внимания и не расцениваются должным образом. Если настоящие острые параноиды нередко расцениваются как вспышки шизофрении, то этого рода случаи и изменения в клинической картине рассматриваются как проявления спонтанного развития процесса, обусловленные исключительно собственными, **«эндогенными» закономерностями.** Между тем мы здесь имеем изменение не только содержания бредовых высказываний, но настоящее изменение в клинической картине, — **новую клиническую картину,** с господством бредовой симптоматики, с вытеснением других элементов, иную

картину по своей структуре. Подобные параноидные эпизоды с неожиданными попытками больных бежать или выскочить из поезда на ходу могут казаться непонятными, если исходить только из состояния больного перед поездкой. Некоторые такого рода неожиданные изменения в состоянии больных во время поездки по железной дороге, которые можно отметить в целом ряде историй шизофреников, следует расценивать, если не как настоящие острые параноиды, возникшие на шизофренической почве, то как **параноидные сдвиги** в клинической картине манифестной, процессуальной шизофрении.

Случай 8. Больная С. Р. М., 38 лет, педагог. Поступила в институт им. Ганнушкина 23 апреля 1937 г., выписана 2 октября 1937 года. В детстве развивалась нормально. В школу поступила 8 лет. Первые 2 года училась хорошо, затем стала учиться хуже. По характеру в школьный период была замкнута, уединялась, любила читать, фантазировать; была очень мнительна, тревожилась о своем здоровье. По окончании гимназии в 1916 году, когда больной было 18 лет, поехала с отцом в Москву, большую часть поездки простояла в тамбуре вагона, много думала о недавно прочитанной книге, где в художественной форме говорилось «про помешательство». Об этой же книге много думала и до поездки. В вагоне разговаривала со своим попутчиком, который между прочим сказал ей, что «бывают вещи, когда человек сам на себя становится не похожим». Больная задумалась над этой фразой, старалась разобраться в ней; ночь в вагоне провела тревожно, не ложилась, спала сидя. Утром, когда проснулась, стала слышать слова «площадной ругани», которые были у нее в голове; слов этих она не произносила, но казалось, что окружающие знают, что у нее «неприличные слова сидят в мозгу», что окружающие слышат, как она их произносит. Было очень тревожное состояние. Когда вернулась домой, стала уединяться, с людьми было тяжело, так как казалось, что люди знают о «ее ругательных мыслях». В продолжении 5—6 лет до 1921 года больная почти ни с кем не общалась, за исключением родственников, так как на людях, по указанной причине, ей было хуже. Затем постепенно стала включаться в работу «на людях», навязчивые слова почти не беспокоили. Приступила к работе, работала секретарем, затем в библиотеке. С родными вскоре порвала. Вышла замуж в 1920 году, муж больной был скоро убит белыми. До 1930 года жила одна, вне семьи, работала педагогом. Говорила «что ее преследуют, придираются к ней». Ушла работать чернорабочей. Когда были материальные затруднения, требовала в грубой форме материальной помощи от семьи. Дважды выходила замуж, но расходилась. Стала снова учительствовать. Последнее время работала по переписи. В январе 1937 года стала отмечать ухудшение в состоянии своего здоровья, появился тревожный сон, часто просыпалась и снова вскоре засыпала; казалось, что ее усыпляют искусственно; слышала детские голоса, которые ее куда-то звали. Казалось, что к ней плохо относятся на работе, не могла работать. Решила ехать с приемным сыном в Москву, к сестре. В поезде резко изменилось состояние, казалось, что над ней смеются, относятся к ней с брезгливостью, слышала голоса: «Бросьте ее под поезд. Нужно расстрелять ее». Была возбуждена, много кричала. В связи с возбужденным состоянием больную сняли с поезда в Харькове и она была помещена в психиатрическую больницу (диагноз — шизофрения). При поступлении в больницу больная находилась в состоянии резкого возбуждения, высказывала бредовые идеи, была дезориентирована, галлюцинировала. Через день после поступления к больной был применен длительный сон в течение 10 дней. Улучшение продолжалось около месяца, затем состояние снова ухудшилось, появились бредовые высказывания. Была взята родными в Москву. Тревожное состояние продолжалось около месяца; затем снова появились бредовые идеи преследования, слышала голоса, говорившие, что она «преступница,

должна умереть, так как изменила весь мир, даже природу. При поступлении в институт тревожна, угнетена, все время лежит, иногда подходит к уборной, пытается поднять половицы. Считает себя преступницей, которая своим присутствием оскверняет окружающее. Слышала голос, который приказал кончить жизнь, опуститься в люк возле уборной и там умереть. Иногда приказывал ей тот же голос не есть, не работать. Часто поэтому отказывалась от еды, от работы в мастерской. Постепенно бредовые идеи бледнели и через 5 месяцев больная была выписана.

В отношении диагноза шизофрении данный случай не вызывает особых сомнений. Первая вспышка заболевания (после окончания гимназии) дебютировала наплывом навязчивых мыслей; заболевание началось, по словам больной, во время поездки по железной дороге. Черты мнительности (хотя, возможно, и без собственной симптоматики) были свойственны больной и раньше: мысли о помешательстве, связанные с прочитанной книгой, занимали больную и до поездки. Не исключено, таким образом, что некоторые элементы развернувшегося заболевания имелись и раньше. Несомненно, однако, что во время поездки заболевание резко и неожиданно развернулось в острой форме. Имеется ли связь между этой вспышкой и интересующим нас фактором внешней обстановки? Решить этот вопрос крайне трудно. Синдром, возникший во время поездки, в основном не параноидный, а обсессивный, с вторичными, если следовать рассказу больной, идеями отношения (ей казалось, что все смеются, так как знают о ее ругательных мыслях). Возможно поэтому, что здесь имелось простое совпадение во времени (поездки и вспышки заболевания). Допустимо, однако, и другое толкование: возможно, что параноидная симптоматика возникла в связи именно с влиянием внешней обстановки; тогда она в свою очередь могла бы способствовать мобилизации обсессивных феноменов и развертыванию заболевания в его своеобразной форме. Ответить на эти вопросы, повторяем, невозможно отчасти за отдаленностью во времени рассматриваемого эпизода. В январе 1937 года состояние больной ухудшается (бессонница, растерянность, отдельные слуховые галлюцинации, частично идеи воздействия), и больная в таком состоянии едет в Москву. В поезде резко меняется состояние больной: вырастает обильная, бредовая симптоматика, появляются галлюцинации (или интерпретации) соответствующего содержания со страхом, с дезориентировкой, в связи с чем больная снимается с поезда и стационируется в психическую больницу. Имеем, следовательно, параноидный сдвиг в клинической картине во время поездки по железной дороге. Думать здесь о простом совпадении во времени не приходится. Трудно оспаривать тут влияние специфической внешней обстановки не только в связи с тем, что сама больная отмечает резкое ухудшение в своем состоянии в поезде, но и потому, что синдром, возникший у больной, по остроте картины по аффекту страха и по дезориентировке напоминает именно описанные выше острые параноиды. Здесь он возник на фоне имевшейся процессуальной шизофренической симптоматики, не лишенной и до того

бредовых элементов. Поэтому здесь можно говорить, как и в предыдущем случае, лишь **о параноидном сдвиге в клинической картине.** То обстоятельство, что и в дальнейшем у больной временами отмечалась бредовая и галлюцинаторная симптоматика, не может служить серьезным возражением против такого толкования, так как она не достигла в дальнейшем такой остроты, как во время этой короткой вспышки, не говоря уже о том, что нам совершенно неизвестно, в какой мере дальнейшее течение и симптоматика шизофрении остаются всегда свободными от влияния психогенно возникших образований, в особенности параноидного характера.

Подобные случаи с параноидными сдвигами в клинической картине встречаются, как мы указывали, не так редко, и мы могли бы дополнить приведенные примеры еще рядом соответствующих наблюдений. Конечно, в каждом из них, — поскольку речь идет не о ясно очерченном остром параноидном симптомокомплексе, развертывающемся на сравнительно благополучной почве, а об изменении в шизофренической картине во время активного стадия процесса, — всегда могут возникнуть сомнения в психогенной обусловленности такого рода сдвигов; сам по себе шизофренический процесс может и без всякого участия внешнего фактора, по собственным эндогенным путям, давать те или иные неожиданные изменения, в том числе и параноидные обострения в клинической картине. Таким образом, тут всегда возможны совпадения по времени такого рода обострений с переводом больного в иную, объективно своеобразную внешнюю обстановку, в частности, железнодорожную. Критерием наличия параноидных сдвигов, обусловленных внешней обстановкой, может служить сравнительная кратковременность подобных вспышек, исчезающих значительно быстрее, чем этого можно было бы ожидать от эндогенных колебаний в шизофренической картине; сравнительная изолированность этих картин среди остального течения болезни, носящего в основном иной характер; близость симптоматики к картине описанных нами настоящих острых параноидов, в смысле характера бреда, конкретного и связанного непосредственно именно с окружающей обстановкой, сравнительно малой роли настоящих слуховых галлюцинаций и преобладания интерпретации, выраженности аффекта страха и наличия иногда на высоте вспышки затемнения сознания, наконец, бросающегося в глаза сходства во внешнем поведении такого рода больных с тем, что мы видели при настоящих острых параноидах. Такого рода особенности дают, на наш взгляд, возможность отличить эти обусловленные внешней обстановкой острые параноидные сдвиги от эндогенных и спонтанных колебаний или изменений в клинической картине шизофрении.

В отличие от подобного рода случаев (острых параноидов, а также **острых параноидных сдвигов**), в которых отношения между возникшими синдромами и шизофреническим процессом должны быть расценены изложенным выше образом, наблюдаются случаи, в которых отношения эти представляются недостаточно ясны-

ми. Речь идет о случаях, в которых у людей до этого здоровых возникала при соответствующих условиях картина острого параноида, полностью сходная по условиям возникновения и по симптоматике с обычными картинами параноида внешней обстановки, с тем, однако, существенным отличием, что она в дальнейшем не подвергалась обратному развитию, а переходила в совершенно явственную процессуальную шизофреническую картину.

Случай 9. Больная К. А. А., 32 лет. Поступила в Воронежскую психиатрическую клинику 3 марта 1935 года. Доставлена санитарами со ст. Лиски. В течение прошедших суток была беспокойна, пыталась убежать, плакала, много и бессвязно говорила о том, что муж и сын погибли, что ее ждет такая же участь. В поезде по дороге в Воронеж пыталась выскочить из окна. При поступлении сообщает врачу, что она направлялась на постоянное местожительство в Краснодар. На ст. Лиски, где была пересадка, все начало казаться странным, «подстроенным под ее родных», все старались с ней заговорить; полагает, что она не в Воронеже, а в Лисках, все кругом «подстроенные» люди. С плачем идет в отделение «она всегда была здорова, ей незачем ложиться в больницу».

Сведения со слов мужа: душевнобольных в роду не было. Знает жену 10 лет. По характеру спокойная, ровная, молчаливая, очень скрытная; в отношении к людям, даже к близким, «хладнокровная», с малознакомыми робка, застенчива. Аккуратная, хозяйственная. Два года жила в Воронежской области; теперь возвращались обратно на родину в Краснодар. Решено было, что жена первая поедет, в дальнейшем приедет муж и ребенок. Перед отъездом была несколько тревожна, волновала поездка (до того самостоятельно никуда не ездила). Больше муж никаких сведений о больной не имел вплоть до получения известия из клиники.

Анамнез со слов больной (7 марта). Родилась в Краснодаре, где прожила безвыездно до 1931 года. Росла тихой, послушной, застенчивой девочкой. Учение в школе давалось с большим трудом. 23 лет вышла замуж, привязанности к мужу не испытывала, «надо было замуж выйти», половой жизнью сильно тяготится до сих пор. С годами мало менялась по характеру, была молчаливая, не любила делиться горестями и радостями; особой привязанности ни к кому не испытывала. 28 марта больная выехала из дому на родину; перед отъездом несколько тревожилась: беспокоила длительная самостоятельная поездка. До ст. Лисок дорога протекала в благоприятных условиях, ехала со знакомыми. На ст. Лиски осталась одна. Несколько растерялась в вокзальной сутолоке. Необходимо было закомпосировать билет; не могла протолкаться к кассе. В течение трех дней она тщетно пыталась получить билет, упала духом. Все эти дни она провела на станции, почти не спала, скудно питалась. К концу третьего дня она увидела, что женщина, сидящая с ней, держит марлевую косынку, «принадлежащую ей», показалось странным, но решила смолчать. Сев на свое место, она обнаружила, что из узелка был похищен табак. Оглянувшись по сторонам, увидела, как какой-то мужчина держал в руках письмо и читал вслух окружавшим его людям. Прислушавшись, «поняла», что письмо о «посылках». Подумала, что вытащили письмо вместе с табаком из узла; показалось лишь странным, каким образом письмо, посланное сестре, попало к ней в узел. Проскользнула мысль—письмо задержано, так как в нем писалось, по ее мнению, о спекуляции—вернули обратно, кто-то подсунул. Стало тревожно. Подошла к мужчине с просьбой вернуть письмо, перестать читать вслух. В ответ услышала возгласы недоумения, смех; чтение продолжалось, все больше народа стягивалось вокруг чтеца, она слышала смех, возгласы. Каждый, проходя мимо, старался ее толкнуть, насмешливо посмотреть, засмеяться. Она поняла, что это «показательный суд» над ней, из письма все узнали, про «посылки». Беспрерывно носили разные продукты,—то был намек, что все узнали. Мелькнула мысль, что обо всем сообщено в

деревню, муж и сын может быть убиты. Обуял страх, с криком побежала. Смутно помнит, как была задержана, отправлена в «отделение», посажена в поезд. Все кругом менялось, «как декорация». Она видела ряд лиц, «подстроенных под родных и знакомых», они подходили, разговаривали, смеялись; то один, то другой показывали ей вещи, принадлежавшие когда-то ей. Доставленная в больницу она поняла, что ее привезли «испытывать», не хотела ложиться, не оставляла мысль о муже и сыне.

Состояние через 11 дней после поступления. Говорит медленно, приглушенным голосом. Несколько напряжена, насторожена, вместе с тем как бы растеряна. Мимика скудна. Она не может точно сказать, где она сейчас находится, — все кажется неясным, непонятным: может быть она в облисполкоме, может быть в кино, где происходит съемка, ее специально для этого привезли; временами она понимает, что находится в больнице, но в особенной, где производят «испытание». Ее окружают «подставленные» больные, иногда с ней беседует врач, а может быть агент; видит она часто людей, переодетых под ее родных; временами кажется, что не люди ее окружают, а куклы; почему она так думает, она не может ясно сказать. Все стало известно про нее, она поняла это со ст. Лисок, а может ее даже посчитали за белую, она никак не поймет, что ее может ожидать в будущем, может даже смерть. С целью «выпытать» ей давали первые дни какую-то странную пищу, но она сразу догадалась в чем дело, так как она особенно пахла «уборной». Теперь же пища имеет обычный вкус и запах. Затем стали «испытывать» электрическим током, она чувствовала как иголки кололи в позвоночнике, в ногах, боль отдавалась в голове. Говорят, что на днях к ней приезжал муж, она его видела, с ним говорила, но он показался странным «подставным», «его сменили», может быть это лишь его фотографическая карточка, присланная «для испытания». Временами становится особенно тревожно, когда все, находящиеся в палате, начинают смеяться, громко говорить, — она понимает, что это про нее. Больная все время проводит на койке, ни с кем в общение не входит, тревожно и настороженно оглядывается по сторонам. В таком состоянии без особых изменений через некоторое время переводится из клиники в областную психиатрическую больницу.

Настоящее заболевание возникло как будто без каких-нибудь инцидентов у личности с определенными шизоидными особенностями характера. Больная выехала из дому, как это подтверждает муж, здоровой, лишь с некоторой вполне понятной озабоченностью перед поездкой. Первое время чувствовала себя в пути хорошо. Заболела после неблагоприятной ситуации с предшествующим длительным лишением сна. Заболевание носит все черты параноида внешней обстановки: такое же острое начало и быстрое нарастание, тот же страх, затемнение сознания и своеобразное, знакомое нам по описанным уже картинам, поведение на высоте заболевания. По условиям возникновения и по клинической картине мы имеем, следовательно, настоящий параноид внешней обстановки, возникший у здоровой до этого личности, на почве временно измененной истощением, аффективным напряжением и бессонницей. В пределах этого синдрома в данном случае имелись отдельные, не совсем обычные детали; так, например, наблюдалась бо́льшая, нежели обычно, систематизированность бреда (вокруг идеи о ее «преступлениях»); далее, необычайно резко выражен был в этом случае феномен ложного узнавания, отмечавшийся и в других случаях. Это ложное узнавание проходило красной нитью че-

рез все заболевание, от самого его возникновения, и относилось не только к людям, окружавшим ее, но и к вещам (таким образом это не только Personenverkennung). Если в самом начале заболевания этот феномен был самостоятелен и качественно аналогичен тому, что мы видели в других случаях, то дальше на высоте заболевания он выступал уже в связи с систематизированным бредом больной: окружающие были «подстроены под родных и знакомых», «показывали вещи, принадлежавшие когда-то ей». Все эти особенности, несомненно, несколько отличали данный случай от ряда других, однако не в такой мере, чтобы нарушить целостность и специфичность картины, как она свойственна описанным параноидам внешней обстановки.

В дальнейшем картина теряет свою остроту и аффективную насыщенность; больная лежит в палате, ни с кем не вступая в контакт, погруженная в свои сенсации и бредовые идеи, но уже без живого и понятного эмоционального отклика; бред делается все менее понятным, начинают выступать первичные процессуальные симптомы, течение приобретает затяжной и явно неблагоприятный характер. Обнаруживается, следовательно, явный шизофренический процесс, началом или предвестником которого послужил, по крайней мере, внешне наш параноид. Если специфичность картины параноида как в смысле клиническом, так и в отношении его обусловленности в той или иной мере своеобразием внешней обстановки, не вызывает сомнения, то совершенно неясным представляется отношение его к развернувшемуся вслед за ним процессу.

Первая возможность, с которой приходится весьма серьезно считаться, это — случайного совпадения во времени (начала шизофренического процесса с периодом поездки больной). При этом предположении картина острого параноида, которым дебютировал процесс, должна рассматриваться все же не как спонтанная естественная симптоматика шизофренического дебюта. Эта вспышка, возникшая в пути, развернувшаяся при известных уже нам обстоятельствах и после предшествующего истощения и бессонницы, совершенно сходна с параноидом внешней обстановки и по клинической картине. Если бы мы не знали этих последних, картина острого параноида, которым дебютировало здесь заболевание, несомненно, рассматривалась бы как обычное естественное начало развернувшейся шизофрении. Сопоставление же нашего случая с известными уже нам параноидами не оставляет сомнения в том, что возникший синдром не представляет собой естественной картины шизофренического дебюта, а является синдромом, измененным, трансформированным под влиянием внешнего психогенного фактора. Мы имеем здесь, следовательно, острый параноидный сдвиг в начавшейся шизофренической картине в стадии ее возникновения, а не в имевшейся уже до этого психотической картине. Здесь речь уже может итти не о сдвиге, а о детерминировании внешним психогенным фактором особой клинической картины шизофрениче-

ского дебюта. Такова трактовка нашего случая при этом, вполне законном предположении, что мы имеем здесь начало возникновения шизофренического процесса.

Вторая возможность, с которой также приходится серьезно считаться, — это признание у нашей больной старого шизофренического процесса. За это говорили бы своеобразные особенности личности, отличавшейся, помимо некоторой замкнутости и тревожности, какой-то необычайной эмоциональной холодностью к близким. При таком допущении можно было бы рассматривать данное заболевание, как спонтанную, обусловленную эндогенными факторами, вспышку старого шизофренического процесса; а острый параноид, по аналогии со сказанным выше, как детерминированную внешним психогенным фактором особую клиническую картину этой вспышки. Понимание картины острого параноида в обоих случаях остается, следовательно, одинаковым; разница заключается лишь в том, что при первом допущении речь идет о трансформации картины свежего шизофренического дебюта, при втором — картины рецидива старого шизофренического процесса.

Допустима, наконец, и третья возможность. Можно предположить, что мы не имеем здесь случайного совпадения во времени между шизофреническим заболеванием и рассматриваемым периодом, что шизофреническое заболевание — безразлично, идет ли речь о совершенно свежем дебюте шизофрении или новой вспышке старого процесса — находится в какой то, ближе нам неизвестной, генетической связи с перенесенным острым параноидом. Такое предположение нам также кажется законным, поскольку вообще многими допускается возможность провоцирующей роли психических травм (может быть через соматические и вегетативные факторы) в отношении шизофрении; тем более, что в данном случае имеет место участие и самостоятельных соматогенных факторов, и кроме того, имеем не только психическую травму, но и острое душевное расстройство, обусловленное последней, потрясшее больную не только психически.

Таковы возможности понимания соотношений, существующих между картиной острого параноида и шизофреническим процессом, развернувшимся в этом случае. Ясна лишь значительная роль обстановки в возникновении данного синдрома; эта роль вряд ли может быть подвергнута сомнению. Что же касается отношения этого синдрома к обнаружившейся шизофрении, то оно остается неясным и при нынешнем состоянии наших знаний не может пока быть иным. Как известно, те же сомнения возникают почти всегда при оценке случаев шизофрении, возникших внешне вслед за психической травмой или психогенной реакцией; имеет ли место случайное совпадение или, наоборот, близкая генетическая связь между последними и шизофреническим процессом, вопрос этот остается пока открытым.

Возвращаясь к вопросу об острых параноидных сдвигах, мы должны заметить, что такие же сдвиги могут иметь место в клинической картине не только шизофрении, но и других душевных заболеваний. Независимо от основного заболевания сдвиг будет заключаться в том же в резком обострении имеющейся бредовой симптоматики, в выдвижении ее на передний план, в образовании новых резко очерченных бредовых синдромов, в быстром или постепенном исчезновении его по прекращении действия указанного психогенного фактора. В этом отношении представляет значительный интерес материал, наблюдавшийся в психиатрической клинике 1 МГУ (проф. П. Б. Ганнушкин) и опубликованный в работе А. Г. Галачьяна «Об остро-паранойяльном синдроме при маниакально-депрессивном психозе»[1]. Работа посвящена изучению условий, при которых возникают атипичные для циркулярного психоза острые паранойяльные картины.

Автор допускает для этих случаев существование определенной подгруппы циклотимической конституции; подгруппу эту он приближает с некоторыми оговорками к так называемой Hyponoia и считает прототипом смешанных состояний при маниакально-депрессивном психозе. Одной этой конституцией, однако, по мнению автора, не может быть объяснено возникновение всех бредовых вспышек при циркулярном психозе. Автор подчеркивает еще громадное влияние внешних условий, сближающее эти бредовые приступы с реактивными и даже в широком смысле слова понимаемыми психогенными заболеваниями. Помимо этого, по мнению автора, фактором, способствующим возникновению бредовых вспышек в части случаев, является еще та или иная степень умственной ограниченности. Резюмируя выводы своей статьи, автор говорит, что все случаи «возникли на почве маниакально-депрессивной ситуации, но для возникновения бредового состояния необходим целый комплекс условий; в этих условиях мы видим что-то родственное с условиями при возникновении в широком смысле понимаемых психогенных психозов; но есть и существенная разница главным образом в их возникновении и течении, что зависит уже от особенности той конституциональной подкладки, на почве которой и возникают эти вспышки».

Разделяя в основном трактовку автора касательно большей части представленного им материала, мы считаем необходимым остановиться лишь на двух случаях (случаи 5 и 9), нуждающихся, по нашему мнению, в специальном рассмотрении с точки зрения излагаемых в настоящей нашей работе данных. Приводим соответствующие истории болезни в сокращенном виде.

Больной М., 27 лет. Поступил в клинику 1 февраля 1921 г., выписался 18 марта 1921 г.

Отец «нервный». Двоюродная сестра матери была кратковременно душевнобольной. Больной по характеру всегда был очень впечатлительный, пугливый, недоверчивый, подозрительный, слегка «беспокойный», отличался

[1] В «Журнале психологии, неврологии и психиатрии», т. III, 1923 года.

крайней нравственностью, честностью, но все это как-будто вытекало из желания гарантировать себя от возможных конфликтов с законами; избегая всегда мало-мальски рискованного; легко внушаемый, подпадающий легко под чужое влияние. Постоянства в настроении не было, были частые колебания настроения, больше в сторону депрессии. Учился хорошо, были хорошие способности. 14 лет поступил на службу в торговое дело, где быстро проявил большие способности. В 1918 году из-за недостатка продовольствия уехал с женой на Украину. Дорогою приходилось переживать погромную агитацию (больной—еврей), обстрелы и пр. Больной очень волновался, казалось, что все проходящие следят за ним, приходилось всем, как вообще всегда в решительные минуты, командовать жене. В 1919 году вернулся в Москву и жил там до 1921 г.; постоянно беспокоился за себя и семью. В августе 1920 года, узнав о болезни жены, уехавшей в Сызрань, стал еще более волноваться, начал собираться в путь, удалось выехать к жене только через 2 м-ца. Дорогою было очень напряженное состояние, страх, ждал ареста, высадки из поезда. Такое состояние держалось вплоть до вторичной поездки в Сызрань в начале января 1921 года, пока состояние больного, все более и более обострявшееся, не вылилось, наконец, в приступ душевного заболевания, приведшего к нам в клинику. В день отъезда больной был беспокоен, суетлив, волновался; как только отправились в путь, появилась подозрительность к соседям, перешедшая вскоре в бредовую интерпретацию окружающего. Через день все это вылилось в острое делириозное состояние. Казалось, какая-то шайка преследует его, следует за ним из состава в состав перешептываются между собой, делают таинственные знаки. Больной начал кричать, требовал сказать, что хотят с ним сделать, перебегал с поезда на поезд, сильно галлюцинировал. Состояние все нарастало. На станции С. больного задержали, чтобы отправить в психиатрическую больницу, он сопротивлялся, ему казалось, его ведут на казнь, видел труп жены, которую будто бы везли впереди его, больницу принимал за дом для сжигания трупов и т. д. Через 3 дня состояние начало спадать, был взят родными и приведен в клинику. Status: тревожно повышенное настроение. Отношение к прошедшему не вполне критическое. Вполне доступен, говорит без всякой рисовки, припоминает мельчайшие факты жизни. Интеллектуальный уровень достаточный. Поведение осмысленное, правильно ориентирован. Со стороны соматики отклонений от нормы не отмечено. Приблизительно через неделю установилась полная критика к прошедшему, настроение быстро улучшилось. Легкие колебания настроения наблюдались до последнего дня пребывания в клинике. Выписался совершенно здоровым.

Сопоставление приведенной истории болезни с описанным в настоящей и в предыдущих главах материалом не оставляет сомнений в том, что мы имеем здесь острый параноид внешней обстановки, возникший при тех же условиях, с такой же клинической симптоматикой, с тем же бредом и аффектом страха, со спутанностью на высоте заболевания, с довольно быстрым восстановлением критики после стационирования и выздоровлением. Вопрос может итти лишь о том, возник ли параноид на фоне определенной депрессивной фазы циркулярного психоза или без всякого участия маниакально-депрессивного фактора, на особой, характерологически своеобразной, конституциональной почве. Данных за первое предположение в истории болезни, на наш взгляд, не имеется. От других наших случаев он несколько отличается тем, что здесь имелись определенные характерологические, ярко очерченные в истории болезни особенности, способствовавшие в свою очередь развитию параноида. В основном, следовательно, мы имеем здесь случай

острого параноида, возникшего на своеобразной конституциональной почве при наличии добавочных, травматизировавших семейных обстоятельств. Без учета описываемых нами форм (т. е. параноидов внешней обстановки) случай, действительно, представляет диагностические затруднения и заставляет искать недоказуемый здесь фактор маниакально-депрессивного психоза. Сопоставление этого случая с нашим вышеописанным материалом делает его диагностически ясным. Не видя здесь фактора циркулярного психоза, мы должны добавить, однако, что и допущение этого фактора не меняет положения дела в отношении оценки роли фактора внешней обстановки; при этом допущении случай все равно пришлось бы расценивать, как параноид внешней обстановки, возникший на базе циклотимической фазы, наподобие того, как мы видели острые параноиды, возникшие на базе благоприятного или ремиттировавшего шизофренического процесса.

В другом случае можно также усмотреть явственное влияние того же фактора специфической внешней обстановки, давшее, однако, не законченный острый параноид, как в предыдущем случае, а острый параноидный сдвиг в клинической картине фазы циркулярного психоза.

Больной Вар., 48 лет, судебный следователь. Поступил в клинику 30 сентября, выписался 10 ноября 1919 года.

Отец и тетка умерли в старости от «удара». Больной всегда был очень нервный, впечатлительный. Впервые заболел 20 лет, сделался чрезмерно болтлив, беспокоен, расстроился сон, через месяц все прошло. В возрасте 27 лет при неблагоприятной для больного служебной обстановке, после пожара в соседнем доме, больной снова заболел. Настроение поднялось необычайно, сделался болтливым, через 2 недели это состояние сменилось «нервной слабостью». Через 2 месяца (в санатории) это прошло. 39 лет снова появились признаки душевного заболевания. Больной стал беспокоен, болтлив, придирчив, неправильно истолковывал поступки окружающих. Лечился в частной лечебнице, через 3 месяца все прошло. В 1915 году новый маниакальный приступ, лечился в той же лечебнице, через 2 месяца выписался здоровым. В 1916 году снова перенес приступ душевного заболевания, настолько, впрочем, легкий, что все прошло дома.

В 1919 году у больного были неприятности по службе, и он был уволен. Все это, несмотря на реабилитацию и обратный прием на службу, так потрясло больного, что он в конце июня того же года впал в необыкновенно беспокойное состояние, началась бессоница, не мог продолжать обычной работы, ждал какого-то несчастья, случайный шорох принимал за шаги людей, идущих его арестовывать, и т. п. По дороге в Москву казалось, что его должны убить, застрелить в окно, гром принимал за грохот выстрелов направленных в него орудий и пр. Был помещен в Преображенскую больницу, где сразу же почувствовал себя гораздо лучше, появилась критика к прошедшему. Через два дня был переведен в клинику.

В клинике: поведение правильное, осмысленное, полная критика к прошедшему, считает себя теперь вполне здоровым. Память хорошая. Интеллектуальный уровень достаточный. Личность сохранена. Со стороны внутренних органов и нервной системы отклонений от нормы не отмечено. Выписался совершенно здоровым.

В данном случае диагноз циркулярного психоза, повидимому, не может вызывать серьезных сомнений. Об этом говорят приступы душевного заболевания, маниакального и депрессивного характера,

во время которых больной неоднократно стационировался и которые заканчивались полным выздоровлением. Последний приступ (1919) является также, судя по всему, приступом циркулярной депрессии (возможно, реактивно провоцированным). В отличие от прежних приступов он частично был окрашен паранойяльной симптоматикой, идущей, возможно, от прежней ситуации, в этот момент, впрочем, объективно уже потерявшей свое значение. Во время поездки в Москву в состоянии больного происходит резкая перемена, бредовая симптоматика приобретает особенную, не свойственную ей до этого остроту: казалось, что его должны убить, застрелить в окно, гром принимал за грохот выстрелов направленных в него орудий и пр. Немедленно после стационирования почувствовал себя лучше, появилась критика к прошедшему. В этом случае приходится, следовательно, говорить об остром параноидном сдвиге в клинической картине депрессивной фазы циркулярного психоза, сдвиге, обусловленном действием фактора соответствующей внешней обстановки. Синдром исчез почти немедленно после того как прекратилось действие этого фактора. О настоящем параноиде внешней обстановки здесь говорить нельзя, так как он возник на фоне уже имевшегося депрессивного состояния, к тому же не лишенного и до этого параноидных элементов. Здесь не может быть речи о спонтанном изменении картины болезни, подчиняющейся эндогенным закономерностям, а тут имеется сдвиг, обусловленный временным действием внешнего психогенного фактора, показывающего, — помимо сходства в условиях возникновения и в клинической картине с синдромами, описанными выше, — также полное его исчезновение почти немедленно после стационирования. Не менее ясно, что без действия этого психогенного фактора картина болезни протекала бы иначе, примерно так, как она и протекала до самой поездки. Если здесь и нет настоящего острого параноида внешней обстановки, то мы имеем временный острый параноидного характера сдвиг в клинической картине эндогенной болезни. Сдвиг этот клинически и практически весьма важен; он, собственно, и привел больного в психиатрическую больницу, к тому же с симптоматикой, имевшей уже мало общего с обычной для его фаз психической картиной. По существу он вполне аналогичен описанным выше острым параноидным сдвигам при шизофрении.

Таковы дополнения, которые мы имели в виду сделать к трактовке описываемых Галачьяном случаев. Эти дополнения касаются, как мы видели, только части случаев, но не затрагивают основной концепции автора относительно острого паранойяльного синдрома при маниакально-депрессивном психозе.

Острые параноиды подобного рода, а также параноидные сдвиги, обязанные своим возникновением фактору специфической внешней обстановки, могут возникать и в картине других эндогенных, и не только эндогенных, психозов. Так, нам пришлось наблюдать параноид внешней обстановки, возникший во время поездки у генуинного эпилептика. Фактор истощения, как и в других наших

случаях, играл и там явственную роль. Не удалось установить, имело ли место совпадение по времени возникшего эпизода с эпилептическим расстройством настроения или другим патологическим состоянием. Во всяком случае картина параноида почти не отличалась от обычных, описанных выше случаев, за исключением естественного в данных условиях чрезвычайно медленного возвращения критики. Ввиду того, однако, что осталось неизвестным, не предшествовало ли возникновению параноида патологическое состояние, связанное с основным заболеванием — эпилепсией, представлялось трудным решить, имелся ли в этом случае настоящий параноид внешней обстановки или острый, обусловленный внешней обстановкой, параноидный сдвиг в картине какого-то эпилептического синдрома. Нам пришлось также наблюдать случай, где подобный параноид, сопровождавшийся, между прочим, тяжелой агрессией, возник на дефектной органической (ближе не уточненной) почве. Особый интерес представлял, наконец, случай, где подобный синдром возник на фоне психотической картины, связанной с раковой интоксикацией.

Надо полагать, что такого же рода сдвиги могут быть созданы и другими типами необычной внешней обстановки, кроме железнодорожной. Мы видели (см. гл. 2), что в некоторых случаях подобным патогенным действием может при подходящих условиях обладать, например, и больничная обстановка. На случаях Аллерса, материале К. Шнейдера можно было отметить, что объективно своеобразная, непривычная и новая для данной личности больничная обстановка играет такую же патогенную роль, как и рассматриваемая железнодорожная обстановка при наличии, конечно, тех же условий (экзогенных, соматогенных), способствующих созданию необходимой для образования параноида готовности. Если это так, то этот факт может играть определенную роль в смысле возникновения особых, подобных изложенным выше параноидных сдвигов в клинической картине шизофрении. Обстановка психиатрического станционара, в частности, беспокойного отделения, представляет собой тип внешней обстановки, объективно еще более своеобразной и специфической, нежели обычная больничная обстановка. Помещенный в психиатрический стационар, в особенности в беспокойное отделение, шизофреник попадает в совершенно новые, особые условия внешней обстановки, могущие при определенных условиях оказаться далеко не безразличными для дальнейшего течения его заболевания. Необходимо также учесть, что больной попадает в эти условия не на короткий промежуток времени, часы или дни, а на значительно более длительный срок, соответственно чему роль этого условно психогенного фактора становится еще серьезнее. В результате можем иметь наслаивающиеся на основной фон заболевания сдвиги в клинической картине болезни в виде длительных состояний, характеризующихся тревогой, страхом, растерянностью и резко выраженным бредом преследования. Ввиду длительности срока действия эти сдвиги в клинической картине менее демон-

стративны в отношении их психогенной (в употребляемом здесь смысле) обусловленности, нежели сдвиги, возникающие во время поездки по железной дороге. Тем не менее такого рода, хотя и редкие сдвиги и ухудшения в психическом состоянии здоровья, связанные с помещением в больницу, представляют собой клиническую реальность. Способствует им, на наш взгляд, и наличие осложняющей основную душевную болезнь, латентной инфекции или иной соматогении. Было бы неправильно отрицать такого рода сдвигами, если они, действительно, имеют место, серьезное практическое и клиническое значение. Речь идет о длительном, беспрерывно поддерживаемом и питаемом обстановкой психогенном артефакте в шизофренической картине, выражающемся в непрерывно нарастающей на бредовом фоне тревоге, растерянности, возбуждении, — синдроме, принимающем иногда грозный характер, — без которого болезнь имела бы совершенно иные, притом значительно более благоприятные, картину и течение. Дело, следовательно, заключается не только в изменении содержания высказываний, соответственно новой обстановке и новому окружению, но в ином синдроме болезни, клинически гораздо более неприятном и опасном. Таковы наши предположения, касающиеся этого типа обстановки, базирующиеся на соответствующих клинических наблюдениях. Они нуждаются, однако, в дальнейшей проверке в связи с тем, что зависимости здесь по самой природе вещей не могут быть столь очевидны и наглядны, как в случаях, где действие фактора внешней обстановки более кратковременно.

Непосредственное отношение к проблеме острых параноидных сдвигов имеет так называемый сензитивный бред отношения или, точнее, описанный в литературе «острый сензитивный психоз истощения», к рассмотрению которого мы переходим.

Одной из основных работ, посвященных проблеме паранойи является книга Кречмера о сензитивном бреде отношения[1]. Исследование это идет дальше по пути клинических работ Гауппа[2] и Фридмана[3], из которых первый подчеркивал главным образом роль характерологических особенностей, а второй — «ситуационный момент» в генезе паранойяльных заболеваний. Учитывая обе стороны дела и их тесную взаимозависимость, Кречмер создал свое учение о паранойе и параноических развитиях. Как известно, в центре внимания этого учения стоят особые, типовые ситуации и связанные с ними так называемые «ключевые» переживания, являющиеся патогенными лишь для особых, ранимых по отношению к такого рода ситуациям структур личности; таким образом, на базе одних характерологических особенностей и подходящих для них «ключевых»

---

[1] Kretschmer. Der sensitive Beziehungswahn, 2 изд.

[2] Gaupp. Über paranoische Veranlagung und abortive Paranoia Zbl t. Nervenheilk (1910).

[3] Friedmann. Beiträge zur Lehre von der Paranoia Monatschr. f. Psych. 17 (1905).

переживаний возникает так называемый сензитивный бред отношения, при наличии же других характеров и ситуаций — другие виды паранойи.

Останавливаться на учении Кречмера подробно не считаем здесь возможным ввиду того, что оно довольно хорошо известно из психиатрической литературы, и также потому, что прямого отношения это учение о паранойе и параноических развитиях личности к разбираемому нами вопросу не имеет.

В самом деле, проблема, интересующая нас, есть проблема острых реактивных параноидов. Таким образом, из рассматриваемого вопроса выпадает, естественно, проблема паранойи, как и вообще паранойяльных развитий личности. Различия здесь чрезвычайно глубоки. В то время как при последних значительную роль играют характерологические структуры, мы при острых параноидах не были в состоянии этого отметить в достаточно ясной и убедительной форме. Это — реакции не характерологического порядка. В пользу этого говорит не только наш материал, но и приведенные данные других авторов (Allers, Schneider, Knigge, Meyer), случаи которых аналогичны или близки нашим. В отличие от паранойяльных развитий и длительных характерологических параноических реакций, первостепенную роль играют здесь особые «истощающие» факторы, природа которых требует еще дальнейшего изучения. Значительное истощение, бессонница, похмелье и другие факторы (в широком смысле слова — экзогенные) создают биологическую констелляцию, способствующую при наличии других необходимых условий возникновению этих острых параноидов. Можно, таким образом, сказать, что отсутствующие характерологические особенности заменяются здесь временными сдвигами в биологической и, конечно, соответственно, в психической сфере сдвигами и расстройствами, близкими, повидимому, к так называемым гномономным.

При острых параноидах далее имеют большое значение моменты внешней обстановки, а не только ситуационные моменты в тесном смысле слова (как конфликты или неудачи, трудности и фиаско, опасности физические и моральные), которым противостоит личность. Этот элемент ситуации — внешняя обстановка — является элементом до известной степени автономным, несравненно более внешним и элементарным, нежели сама ситуация как таковая: он является фактором вообще не патогенным, совершенно нейтральным при обычных условиях, но при определенной экзогенной или эндогенной подготовленности развертывающим свои травматизирующие возможности, о которых в обычных условиях не приходится предполагать. С этой внешней обстановкой нельзя смешивать понятие Milieu, значение которого в той же книге подчеркивается Кречмером. У него речь идет об определенной среде, способствующей в силу тех или иных взглядов или предрассудков углублению конфликта и усилению его патогенного значения. Здесь же речь идет о внешней обстановке, которая, хотя и не отделима от так называемой ситуации, но может иметь и самостоятельное значение, ког-

да никаких конфликтных или травматизирующих моментов в тесном смысле этого слова нет.

Природа и возникновение острых параноидов, следовательно, глубоко отличны от таковых при параноических развитиях и при так. называемом сензитивном бреде отношения. В одном случае своеобразна структура личности, с одной стороны, и соответствующие «ключевые» переживания, ситуационные в тесном смысле этого слова, — с другой. В другом случае отсутствие всех этих моментов, а вместо них наличие двух их заменителей—временно созданной экзогенным путем подготовленности, с одной стороны, и внешней обстановки, — с другой. Соответственно этому мы имеем в этих случаях не длительные развития и даже не менее длительные, понятные реакции, а необычайно остро и бурно и при отсутствии осложняющих моментов, весьма кратковременно текущие психотические параноидные картины с соответствующими этой остроте особенностями в клинической картине. Эта форма не имеет, следовательно, прямого отношения к проблеме паранойи и параноических развитий в тесном смысле этого слова.

Какой же интерес представляет. в таком случае описываемая Кречмером форма для проблемы острых реактивных параноидов? Интерес их заключается в том, что на фоне хронических, длящихся годами развитий личности с сензитивным бредом отношения, имеются там весьма острые психотические эпизоды с резко выраженным бредом преследования, с наличием на высоте приступа элементов изменения сознания, протекающие необычайно бурно и весьма похожие на те острые параноиды, о которых шла речь выше. Эти-то эпизоды острых параноидов, а не хронический паранойяльный фон и требуют, с изложенной выше точки зрения, дополнительного и особого рассмотрения.

Приведем в самом сжатом изложении историю болезни основного и наиболее тщательно разработанного Кречмером случая сензитивного бреда отношения. Именно на этом случае он и строит главным образом свое учение о сензитивной форме паранойяльных развитий личности.

Больная Елена Бр., род. в 1877 году, конторщица. С раннего детства отличалась нежным телосложением; была очень чувствительна, в то же время способная и старательная девочка. Все в жизни воспринимала необычайно серьезно, выработала в себе строгие этические воззрения, доходившие до щепетильности, особенно в сексуальной области. Еще с детства была склонна к навязчивым мыслям и опасениям.

Первое нарушение душевного равновесия было на 20-м году жизни в связи со смертью нежно любимой матери. В течение года была безутешна, глубоко подавлена, чувствовала себя несчастной.

С 1906 года работала вместе с одним молодым человеком, к которому с течением времени стала испытывать влечение. Начала подавлять в себе это чувство, так как он был на 8 лет моложе ее и она не думала о браке. При ее строгих взглядах отвергала всякую мысль о сексуальной близости вне брака и боролась с внутренним отвращением против сильного полового влечения, не будучи, однако, в состоянии справиться с ним. Она боролась в течение месяцев и лет, напрягая все свои силы с этим чувством. Одновре-

менно всплыло одно раньше мучившее ее воспоминание детства: дядя, у которого она жила в 12-летнем возрасте, лег к ней в постель против ее воли; несмотря на то, что никаких больше действий не было, испытывала затем сильные угрызения совести и неопределенное опасение забеременеть. Это воспоминание ожило теперь с новой силой. Стала думать, что у ней чувственный взгляд, что все обращают на это внимание. Опять возникли мысли о беременности.

Призналась только своей тетке и стала многократно рассказывать ей о своем чувстве. Тетка однажды в раздражении крикнула и громко сказала что-то. Больная была потрясена, так как окна были открыты, и «теперь все узнают ее тайну». С тех пор стала замечать, что люди на улице и на службе смотрят на нее испытующе, слышала иногда замечания, говорили, что она беременна. Из страха пополнеть, чтобы не выглядеть беременной, стала мало есть. Сознавала ясно нелепость этих опасений, но когда оставалась одна, то опасения снова оживали: «могли ей что-нибудь ввести с помощью шприца». Стала видеть и в газетах намеки по ее адресу. Все стало к ней иметь отношение. На улице все смотрели на нее, старались обходить ее, делать круг; проповеди в церкви имели в виду ее. В 1909 году молодой человек оставил службу и уехал, причем вряд ли имел малейшее представление о ее чувстве. Она скоро оставилу службу и некоторое время отдыхала на родине. Здесь наступило резкое улучшение. Оно продолжалось и далее на службе; поступила на другое предприятие, где служила когда-то. Состояние снова резко ухудшилось, когда перешла работать в другое большое помещение, где работало много народу. Возобновились беспрерывные замечания и намеки по ее адресу, причем, самого грязного, как она думала, содержания. В этот период с ней часто случались обмороки. Дальнейшее ухудшение состояния наступило весной 1911 года, когда на службе она должна была очень много работать. Появились мысли, на основании одной заметки в газете, что в полиции установлена машина, чтобы записывать мысли; камень в стене с надписью 1906 истолковывала, как специально установленный для упоминания о ее любовных увлечениях. Наконец, решила обратиться к врачу, который направил ее в санаторий.

В санатории пережила необычайно тяжелое состояние, продолжавшееся около 8 дней.

Это состояние началось уже на вокзале; она слышала разговоры пассажиров, но это было что-то слитное, неясное, как во время опьянения; она помнит, что речь шла о машинах, утках, курах. Шумы превращались в голоса; галки кричали: «Огонь, огонь», «куры», «Елена, Елена». Когда она ожидала в передней у городского врача, она видела, как из кабинета выходили старые крестьяне; она не могла, однако, осмыслить, почему они оттуда выходили; ей вообще все было безразлично, она чувствовала себя тупой и безжизненной. На улице она слышала, как две девушки говорили о номерах и серых халатах. В столовой разговор вертелся все время вокруг нее; каждый знал ее мысли, так как мысли ее возникали с такой настойчивостью и силой, что она не была уверена, что она их только думает, а не говорит вслух. Она должна была все время думать об этих отвратительных сексуальных вещах; наконец, она начала верить, что эти мысли вкладываются ей людьми. В мозгу она слышала: «Все они должны вниз» (в тюрьму), или имя сестры. Написала письмо, когда кончила, услышала, как внизу смеялись над этим. Пыталась читать, в книге говорилось только о ней и ее родных. Боялась, что ее будут гипнотизировать для получения признания. Не спала, просиживала всю ночь до изнеможения у окна. В то же время была сексуально возбуждена, видела эротические сцены, утром думала, что кто-то у ней ночью был (но без чувственных и телесных ощущений). Думала, что полиция могла направить собаку, чтобы сделать ее беременной. Одеяло пахло собакой. Или думала, что ей давали какие-то оглушающие средства, видела пятно на подушке. Случайно задела провод испорченного электрического звонка; подумала, что ее электризуют. Днем все воспринималось как имеющее к ней отношение и полное особого

значения. Соседка по палате — шпионка полиции, дали ей передник-это означало, что от нее требуется смирение. Одеяла, которые она видела у окна в соседнем доме, означали, что ей показывают, как следует разложить свои одеяла, и она сделала так же. Своеобразные навязчивые действия возникали: измеряя температуру в воде, должна была ставить термометр в определенный угол ванны, сама не знала почему; детские игрушки, которые она видела, должна навязчиво раскладывать в точном порядке. Возникала мысль, что ее гипнотизируют. Когда в уборной перестала действовать вода, это означало, что иссяк источник жалости и милосердия и что она теперь погибла.

27 апреля 1911 года была переведена в психиатрическую клинику, где быстро начала поправляться. Острые явления исчезли уже в первые дни. Давала точные и подробные сведения о течении болезни, была прилежна, дружелюбна, приветлива. В марте 1912 года была выписана как выздоровевшая.

В 1914 году поступила еще раз в клинику. В связи с небольшими неприятностями по службе потеряла работоспособность, ожили прежние идеи отношения, однако в сравнительно небольшой степени. Быстро поправилась. В дальнейшем наблюдались еще значительные колебания в состоянии. Оставалась такой же живой, приветливой и душевной, но такой же чувствительной к мелким неприятностям, особенно к проявлениям недружелюбия, как прежде.

Длящийся годами сензитивный бред отношения развертывается на базе определенной конституции, определенных характерологических особенностей. Речь идет о «сензитивной» личности, своеобразие которой Кречмером объясняется вкраплением отдельных стенических компонентов («стеническое жало») в глубоко астеническую в основном структуру личности. Ситуационным моментом в этом случае является описанный в истории болезни конфликт сексуально-этического характера. Переживания, связанные с этим конфликтом, являются «ключевыми», т. е. особенно патогенными именно для такого рода сензитивных характеров. В результате и возникает тянущийся годами, с небольшими колебаниями, бред отношения. Этот бред с начала до конца психологически понятен, полностью объясним из характерологических особенностей больной и из специфической ситуации; он представляет собой естественное следствие «ключевого» характера конфликта больной, ее переживаний.

На фоне этого многолетнего патологического состояния наблюдаются отдельные обострения и, наконец, развертывается эпизод с необычайно острой психотической картиной. Мы имеем в виду состояние больной в санатории, начавшееся в часы, непосредственно предшествовавшие поступлению в санаторий, на вокзале. Это было состояние, отличавшееся необычайной остротой бредовых переживаний по временам и, особенно на высоте вспышки, некоторой неясностью, сновидностью образов, приобретавших фантастический, не мотивированный ситуацией и весьма отличный уже от прежних переживаний, характер. Этот эпизод и именуется Кречмером с включением предполагаемого патогенеза «острым сензитивным психозом истощения» (akute senvsitive Erschöpfungs-Psychose).

Как объясняет Кречмер возникновение этой острой психотической вспышки? Основную причину он видит в необычайном по своей

интенсивности истощения, в котором находилась больная перед этим. Необычайная истощаемость, физическая и психическая, была вообще свойственна конституции нашей больной. «Мышление затруднялось, она теряла способность к счету, делалась раздражительной, наступала бессонница, тяжелое физическое утомление с тремором и обмороками, — лишь только внешние истощающие моменты ухудшали ее душевное состояние». Связанное с очень тяжелой работой истощение достигло наибольшей глубины к весне 1911 года, незадолго перед наступившим острым психотическим состоянием. «Она с утра была уже обычно близка к обмороку, не могла почти к вечеру шевельнуть рукой, часто плакала и дрожала всем телом; она хотела, однако, работать дальше, пока умрет». Ухудшало состояние то обстоятельство, что больная вынуждена была работать на людях, в непривычно шумном окружении и, следовательно, ввиду необычной сензитивности больной, в постоянном аффективном напряжении. «И таким образом, — говорит автор, — к весне 1911 года развивается в связи с комбинированным действием нервного переутомления и аффективного напряжения состояние тяжелой неврастении, тесно связанное с повышенной сензитивностью».

«Душевное расстройство, в которое это состояние переходит без острых границ, есть не что иное, как крайнее обострение состояния истощения, так что мы можем его обозначить, как острый сензитивный психоз истощения» (Стр. 60).

Основную причину этого психоза автор видит, следовательно, в истощении. В доказательство автор анализирует отдельные детали вспышки и приходит к заключению о наличии в них весьма близкого родства с «тяжелыми последствиями психического переутомления обыденной жизни». Таковы, по его мнению, общее снижение процессов восприятия и течения ассоциаций. «Восприятия становятся во время поездки в санаторий расплывчатыми и неполными; речь пассажиров доходила до ее сознания крайне неясно, как нечленораздельное бормотание, словно в состоянии опьянения; отдельные отрывки выхватываются и остаются затем в сознании больной с непонятной отчетливостью (очень характерный симптом переутомления), так что больная еще теперь, спустя годы, может повторять отдельные обороты из услышанных тогда железнодорожных разговоров. Немногим простым вещам, которые больная еще воспринимает, она не может найти объяснения; простейшие ассоциации больше не удаются. Все кажется одновременно странным и безразличным, как это свойственно тем состояниям, которые вытекают из полупаралича и смутно воспринимаемого перераздражения» (стр. 60).

К простой ассоциативной слабости далее примыкает «ассоциативная иррезистентность» как известный симптом сильной физиологической усталости: «личная мелодия возвращается без конца, неприятные переживания застревают и всякую новую возникающую мысль вовлекают в свой круг; изолирование и выключение ассо-

циативных путей при утомлении ослабевают, а не имеющие значения побочные связи не подавляются должным образом. Сюда относится также наблюдавшееся у больной стремление находить для каждого восприятия и наблюдения сходное представление, стремление, претворявшееся иногда в действие (например, раскладывание одеял в замеченном у окна порядке). Значительному истощению и усталости свойственно далее не только слабость процессов восприятия, но и их перераздражение. Все перечисленное, по мнению автора, имеет своих аналогов в состоянии переутомления и крайнего психического истощения.

Характерна, по мнению автора, и окраска аффекта во время психотической вспышки. Такого рода состояния глубокой апатии, почти дремоты, прерывамое по временам прежним страхом и взрывами отчаяния, свидетельствуют об истощении аффективной сферы больного. Говоря, таким образом, об остром сензитивном психозе истощения, Кречмер подчеркивает, что он имеет в виду истощение в широком смысле слова, с включением, следовательно, и аффективного фактора. Шизофреноподобное разрыхление представлений, имевшееся в этом случае, вырастает главным образом из истощения и отчасти из шизоидных конституциональных факторов. Состояние проникнуто резко выраженным бредом отношения, над всем доминирует основное сверхценное переживание и вытекающий из него аффективный фон. «Различие между этой частью картины (т. е. острым психозом С. Ж.) и предшествующей хронической параноидной фазой лишь количественное».

Таково объяснение, даваемое Кречмером, возникновению острой психотической вспышки. Как явствует из изложенного, наиболее важным и нуждающимся в объяснении автор считал не столько хронический бредовый фон, т. е. самый сензитивный бред отношения как таковой эпизод, сколько острой, сравнительно, кратковременной и не вполне понятной из одних только «ключевых» переживаний, психотической вспышки. Для объяснения ее возникновения автор привлекает фактор крайнего психического истощения. За этой симптоматикой, обусловленной биологически, доминируя над ней, остается все же прежнее сверхценное переживание и связанные с ним бред отношения, достигающий здесь лишь наибольшей остроты. Автор считает, следовательно, что этот психоз представляет собой обострение хронического бреда отношения, вызванное крайним психическим истощением больной и протекающее в условиях свойственной последнему своеобразной психопатологической симптоматики.

Можно ли полностью согласиться с приведенным толкованием интересующего нас острого параноидного эпизода? На этот вопрос мы вынуждены ответить отрицательно. Автор объясняет возникновение острого психоза одним только истощением, которое и привело, по его мнению, тянувшееся годами параноидное состояние в новый, необычайный по своей остроте синдром. Не приходится

отрицать роль истощения в генез данного заболевания. Обращает на себя внимание, однако, тот факт, что оно развернулось в такой острой форме лишь через определенное время после прекращения работы; оно развернулось, как острое психотическое состояние, в точно устанавливаемый отрезок времени, именно во время поездки. Должен быть какой-то другой фактор, который вызвал этот острый психотический сдвиг в параноидной картине, и именно в данный, определенный промежуток времени. Этот фактор мы видим во внешней обстановке. Как указывается в истории болезни, острый психоз начался у больной именно на вокзале. Сопоставление с нашими случаями не оставляет сомнения в том, что именно этот фактор сыграл при наличии истощения, решающую патогенетическую роль в возникновении рассматриваемого острого эпизода.

Почему не может считаться удовлетворительным объяснение, отводящее единственную роль истощению? Клиническая картина складывалась здесь из некоего нового, острого синдрома, в котором продолжали звучать прежние мотивы бреда отношения. Все острое заболевание, как таковое, с явственным затемнением сознания на высоте, с элементами «расстройства ассоциативной и перцепторной сферы истощением и одновременно перераздражением последней» — вся эта острая психотическая картина по Кречмеру обязана своим возникновением истощению. Основная тема хронического заболевания звучала здесь лишь в качестве приложения к этому новому острому заболеванию, давала ему лишь до известной степени содержание. Весь же новый психоз со всей его симптоматикой, тщательно разработанной автором, с явлениями несомненного расстройства сознания на высоте (восприятия речи окружающих в поезде, да и весь отрезок путешествия в целом)—все это обязано своим возникновением истощению. Если согласиться, однако, с такого рода объяснением, мы вынуждены будем признать, что умеренное психическое истощение одно в состоянии давать такого рода острые картины; истощение было, несомненно, умеренное, так как больная выполняла до последнего дня свою повседневную работу; оно, как это совершенно очевидно, далеко уступало тем случаям настоящего истощения, которое можно видеть в других условиях. Не было лишения сна в течение многих и многих недель, не было непрерывной работы, связанной с сверхчеловеческим напряжением сил, а была лишь повышенная ежедневная работа, был недостаточный по продолжительности или неглубокий сон. Вряд ли можно согласиться с тем, что эти условия могут быть отнесены к разряду тех, которые могут вызвать крайнее истощение. Еще менее вероятным делает такое предположение то обстоятельство, что «острый психоз истощения» возник в пути, во время отдыха, когда больная уже оставила свою напряженную работу. Нам кажется совершенно невероятным, чтобы условия, в которых жила больная, могли дать что-нибудь большее, нежели обычные явления переутомления; предположение же, что оно дало острый психоз, протекавший с целым

рядом шизофренических симптомов и с элементами затемнения сознания, психоз, по остроте равный настоящим экзогенным заболеваниям или острым шизофреническим приступам, нам кажется совершенно невероятным. Совершенно справедливые ссылки автора на большую конституциональную истощаемость больной и на значительное аффективное напряжение, в котором она последнее время жила, по нашему мнению, мало меняет дело, так как, собственно, без подобного рода конституции и без аффективного фактора не было вовсе оснований для какого бы то ни было истощения нервной системы, так как условия жизни и работы больной сами по себе не представляли ничего исключительного.

Мы не можем, следовательно, согласиться с тем, что этот острый психоз является психозом истощения. Такое толкование; видимо, неправильно или во всяком случае неточно, и требуется какое-то другое объяснение для понимания его генеза.

Толкуя этот психоз, как психоз истощения, автор, как мы видели выше, считает, что в отношении содержания он представляет собой продолжение или даже обострение хронического сензитивного бреда. Это утверждение также кажется нам не совсем верным или во всяком случае неточным. Из приведенного в истории болезни описания явствует, что острый психоз не обладал одинаковой симптоматикой в начале заболевания и во время дальнейшего его течения. Вначале, именно на вокзале, мотивы ее прежних переживаний, обычная тематика ее бреда сразу обрываются; они вытеснены и заменены бредовым восприятием новой внешней обстановки, в которую она попала, без отнесения его к прежней, основной нити хронического бреда. Крики животных, которые воспринимались ею в пути, как человеческая речь, не содержали, собственно, ничего, имеющего явственное отношение к прежним бредовым идеям; таковы и разговоры пассажиров, непонятные для нее и странные, но лишенные прежней и обычной для ее установки значимости, таково же поведение у врача. Во всяком случае, в это время (на вокзале и в пути) прежние идеи, если и всплывали, то, несомненно, оттеснялись на задний план переживаниями какого-то нового характера и генеза, имеющими отношение к своеобразному восприятию новой внешней обстановки, но не к ее интимным переживаниям и к связанному с ними хроническому бреду. Лишь в дальнейшем во время пребывания в санатории можно заметить, как переживания больной снова начинают концентрироваться вокруг основного болезненного стержня, хотя все еще достаточно причудливым и фантастическим образом, как восстанавливается прежнее тяготение всех мыслей к прежнему сверхценному переживанию и к ее чувству вины. Дальнейшие ее переживания во время острого психоза в санатории, несмотря на всю их фантастичность, уже тесно связаны с прежним основным для нее содержанием. Можно, следовательно, сказать, что по содержанию своему данная психотическая вспышка, в начальном

ее этапе (точнее на вокзале и в пути) вряд ли может рассматриваться, как простое обострение прежнего хронического бреда.

Таким образом, толкование автора, сводящееся к тому, что острый психоз больной по существу является психозом истощения, а по содержанию он представляет собой обострение прежнего сензитивного бреда, не может быть нами полностью принято. Возникает, таким образом, вопрос о наличии шизофренического процесса, который, по мнению многих, и должен был быть привлечен для объяснения этого случая как для хронического его стадия, так и для острой фазы. Против возможности шизофрении автор выдвигает тот факт, что все опубликованные в литературе случаи подобных бредообразований (речь идет о хроническом стадии сензитивного бреда) возникали при наличии ситуации близкой к той, которая имелась в его случаях. Этот аргумент статистического порядка с неоставляющей сомнений очевидностью доказывает патогенную роль такого рода ситуации и «ключевых» переживаний и закономерность толкования этих бредообразований, как реактивных. Возникновение этих заболеваний исключительно при подобного рода ситуациях лучше всяких других аргументов убеждает в том, что эти ситуации являются патогенными по своей природе, что они способствовали возникновению бреда (wahnauslösend). Из этого явствует, что привлечение шизофрении для объяснения хронического сензитивного бреда в данном и в подобных случаях является излишним, так как ситуация и личность сами по себе совершенно достаточны для возникновения подобного бреда. Отсутствие каких бы то ни было изменений личности, как это видно из подробной истории болезни и из тщательно разработанных катамнестических данных, говорит в свою очередь против наличия шизофрении, в частности, против наличия в основе этого паранойяльного развития вяло текущего шизофренического процесса.

Необходимо заметить, что единственное обстоятельство, которое заставляло все снова и снова возвращаться в этом случае к возможности шизофрении, было возникновение все того же острого психоза. Если самый сензитивный бред отношения целиком и полностью понятен, то как объяснить возникновение острого заболевания? Истощение, как мы видели, не могло служить достаточным объяснением, еще менее оно было понятно, как простое обострение прежнего сензитивного бреда; экзогенное заболевание, как таковое также не имело здесь места. Оставалась еще возможность шизофренического процесса, тем более, что в клинической картине заболевания было много шизофреноподобной симптоматики, потребовавшей особого и детального разбора. Однако такое объяснение не является, как мы видели, вполне удовлетворительным ни с точки зрения самого сензитивного бреда, который целиком и до конца психологически понятен, как реактивный, ни с точки зрения течения и исхода болезни, которые не дают ни малейших указаний на наличие прогредиентного процесса. Самая вспышка быстро и полностью обошлась после стационирования и дала выздоровление не

только от острого психоза, но даже и в отношении хронического бреда, которым больная страдала до стационирования годами. Такого рода излечение, наступившее у больной очень скоро вслед за изоляцией ее от травмировавшей обстановки, можно себе представить лишь по отношению к заболеванию реактивному в широком смысле слова, но не к вялому, протекавшему годами, шизофреническому процессу, давшему к тому же спонтанно острую вспышку. Что касается симптоматики острого приступа, то, несмотря на ее шизофреноподобный характер (впрочем, не в начале приступа, а во время дальнейшего его развития), она не может иметь серьезного диагностического значения не только ввиду неспецифичности подобной симптоматики, особенно при наличии шизоидных конституциональных данных, но главным образом потому, что протекала она на фоне явственно измененного сознания. Диагноз шизофрении, таким образом, как в отношении хронического стадия, так и в отношении острого приступа представляется крайне сомнительным и должен быть также с очень большой долей вероятности отвергнут.

Исчерпываются ли этим возможности толкования данного и подобного ему случаев? После тех данных, которые были приведены нами по вопросу об острых параноидах и острых параноидных сдвигах, мы можем ответить на этот вопрос отрицательно. Изложенный в предыдущих главах материал не оставляет сомнений в том, что в действительности мы имеем здесь дело с *острым параноидным сдвигом* в клинической картине давнего реактивного заболевания по образцу тех, которые были описаны нами при шизофрении и циркулярном психозе, обусловленным травматизирующим действием своеобразной внешней обстановки.

Автор указывает, что острое психотическое состояние началось *на вокзале*. Это на первый взгляд маловажное обстоятельство имеет для понимания данного случая решающее значение.

Как и во всех наших случаях, заболевание началось у истощенной больной тут же на вокзале и сразу приняло необычайно острый характер. Острая вспышка возникла здесь на болезненной до этого почве, но была совершенно новой по всей своей симптоматике и содержанию; параноидная в основном, она сопровождалась необычайной растерянностью и элементами затемнения сознания; в сравнительно короткий срок она закончилась полным выздоровлением. По условиям возникновения, по симптоматике и течению она сохраняет, следовательно, основные черты описываемой нами формы. При этом она отличалась и не могла не отличаться рядом весьма существенных особенностей.

Глубокое своеобразие данного случая по сравнению с другими, приведенными нами раньше, заключается в том, что острый психотический сдвиг возник здесь на своеобразной почве: на почве патологического развития личности. Данный случай, следовательно, может служить дополнением к серии вариантов, изложенных нами выше и касавшихся там шизофрении и маниакально-депрессивного психоза.

Соответственно глубокому своеобразию фона, на котором развернулась острая психотическая вспышка, приходится констатировать в данном случае целый ряд особенностей симптоматики. Здесь наблюдалась несколько иная, нежели в других случаях, окраска аффекта, скорее похожего на растерянность, чем на страх. Более выражены были элементы нарушения сознания. Бредовое восприятие окружающей обстановки было здесь менее четким, более расплывчатым. Необычным было и течение острого эпизода. Острое состояние здесь затянулось, как это и бывает в большинстве наших осложненных случаев. Несомненно, что острая психотическая вспышка, вызванная внешней обстановкой, не могла пройти так молниеносно быстро, как в других наших случаях. Мы имеем в этом случае патологическое развитие личности, хронический сензитивный бред у очень ранимой и истощаемой личности. Естественна в этом случае затяжка психоза, начавшего заполняться после выхода из травматизировавшей внешней обстановки и ослабления остроты самой вспышки прежними переживаниями, все более упорядоченными вокруг основного стержня, несмотря на их фантастический характер. В дальнейшем наступает довольно быстрое выздоровление от острого приступа, а еще через некоторое время наступает и выздоровление от хронического бреда. Последнее также понятно, как понятно всякое улучшение реактивного бреда при стационировании и изоляции от травматизировавшей ситуации. При всех особенностях клинической картины и течения данной вспышки, она сохраняет, как мы видим, все особенности основиого, описываемого нами синдрома.

Все те немаловажные особенности и детали, которые делают его атипичными по сравнению с другими случаями, объясняются глубоким своеобразием почвы, на базе которой данная психотическая вспышка, вызванная специфической внешней обстановкой, возникла.

Мы имеем, таким образом, как в ряде описанных нами случаев, острый психотический эпизод, который возник в связи с особыми условиями внешней обстановки и который круто и резко меняет на время всю симптоматику основного заболевания, на базе которого оно возникло. Это—новый психоз, обусловленный новой, не фигурировавшей ранее в основном заболевании, причиной. Эта причина настолько мало заметна с точки зрения наших обычных общепринятых представлений, что все такого рода вспышки, если они возникают на почве не осложненной, ставят совершенно втупик или толкуются, как психозы истощения, несмотря на всю натянутость такого объяснения. Если же они возникают на базе шизофренического процесса, они тогда охотно объясняются спонтанными вспышками шизофрении; еще «легче» обстоит дело со случаями, возникающими на алкогольной почве; здесь они объявляются обычными алкогольными психозами, тем более, что сходство симптоматики здесь необычайно велико. Случай же, подобный данному, возникший на базе сензитивного развития личности и истощения, объясняется, как обусловленный обострением того и другого. Фактор, не

играющий обычно никакой патогенной роли — **внешняя обстановка, обладающая специфическими особенностями**,—как таковой, не регистрируется или совершенно упускается из виду. А между тем, в какой мере этот совершенно нейтральный фактор при некоторых условиях при известной готовности патогенен, каким травматизирующим действием он при известных условиях начинает обладать, какого рода острые, необычайно бурные по своим проявлениям психотические картины могут здесь возникать, мы видели выше.

Роль истощения, которую так подчеркивает автор, была оценена им с большой проницательностью, и, действительно, необычайно велика. Оно играет главную роль в генезе той «готовности», без которой немыслимо возникновение острого реактивного синдрома, в связи с такого рода ничтожным на первый взгляд фактором, как тот или иной тип внешней обстановки. Однако роль его заключается не в том, что оно вызывает само по себе острое психотическое расстройство, некое экзогенное психическое расстройство, как это, повидимому, имел в виду автор. Роль его сводится к фактору, создавшему только некую «готовность», последняя же состоит в каких-то мало заметных сдвигах в психической сфере, внешне нерезко выраженных и требующих еще изучения. Только при наличии необходимых условий, т. е. соответствующего типа внешней обстановки, эта готовность, сама по себе мало заметная по своим патологическим проявлениям, реализует свои патогенные возможности и создает с колоссальной силой неудержимо развивающийся по своим собственным законам синдром. Фактически это может означать, что человек, который до этого был практически здоров, в течение нескольких часов заболевает острым психозом, равного которому по остроте мы мало знаем в психиатрической практике. Острая симптоматика принадлежит, следовательно, новому реактивному синдрому, которого без наличия необходимой внешней обстановки не было бы вовсе, даже при наличии истощения.

Такова, следовательно, оценка, которую мы даем приведенному случаю. Мы согласны целиком и полностью с основной трактовкой, даваемой автором сензитивному бреду отношения как такововому. Мы согласны также и с тем, что острая психотическая вспышка обусловлена истощением и реактивными моментами. Расхождение заключается лишь в том, что роль истощения мы расцениваем несколько иначе, а роль реактивного момента мы при возникновении острого приступа видим в факторе совершенно нового и особого порядка, а не в той травматизирующей ситуации, которая послужила причиной паранойяльного развития у больной. Этот фактор (специфической внешней обстановки), не нашедший в данном случае должной оценки, относится к числу факторов, обычно не являющихся в какой бы то ни было мере травматизирующими и развертывающих свои патогенные возможности лишь при наличии созданной указанным истощением или другими экзогенными и эндогенными моментами готовности.

ГЛАВА IV

ОБ АЛКОГОЛЬНЫХ ВАРИАНТАХ. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ

Параноид внешней обстановки может возникнуть и на базе хронического алкоголизма. И в этих случаях он сохраняет полностью основные черты, свойственные описываемой форме, хотя неизбежно отличается рядом отдельных, менее существенных особенностей.

Интерес подобных случаев заключается в том, что их приходится диференцировать от истинных алкогольных психозов, с которыми они, как мы видели выше, и без того имеют чрезвычайно много общего. При условии возникновения этой формы на почве алкогольной сходство неизбежно должно увеличиться и диагностические трудности соответственно возрасти. Распознавание этого рода псевдоалкогольных психозов, возникающих на алкогольной почве, и умение их отличать от внешне сходных с ними истинных алкогольных психозов представляется нам чрезвычайно важным. Помимо этого, как мы увидим ниже, подобные случаи позволяют обнаружить некоторое родство их с настоящими алкогольными психозами (именно галлюцинозом), но с иной стороны, именно с точки зрения участия некоторых реактивных моментов в картине истинного алкогольного галлюциноза.

Каким образом клиника алкоголизма может содействовать возникновению того временного предрасположения, временной почвы или «готовности», без которой в большинстве случаев немыслимо образование параноида внешней обстановки? Материал, которым мы располагаем, частично опубликованный еще в первой нашей статье, показывает, что почвой служило здесь хорошо известное и часто повторяющееся при алкоголизме состояние похмелья.

Это состояние, или синдром, было подробно нами изучено и описано в другом месте[1]. Как мы указали, похмелье (или синдром алкогольной абстиненции) является неизменным спутником и надежным критерием хронического алкоголизма. В тех же исследованиях мы стремились показать его значение для понимания основных про-

---

[1] Жислин. Zur Klinik der Abstinenzerscheinungen beim Alkoholismus chronicus. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Ps. 136 (1931).

Жислин. Об алкогольных расстройствах. Воронеж, 1935.

Жислин. Похмелье, клиника алкоголизма и экз. формы реакций. Советская психоневрология, № 4—5, 1935.

Жислин. Об алкогольной эпилепсии. Сборник по эпилепсии, изд. ЦИУ, 1938.

блем алкогольной патологии: алкогольного делирия, алкогольного галлюциноза, алкогольной эпилепсии, проблемы запоев. Не имея, однако, возможности и нужды входить здесь в рассмотрение этих вопросов, ограничимся лишь самым кратким описанием синдрома похмелья в той мере, в какой это необходимо для понимания патогенеза описываемых форм.

Явления абстиненции развиваются у алкоголиков постепенно, с годами. В первые годы злоупотребления алкоголем их еще вовсе нет. В этот период времени, на следующий день после abusus, имеется обычно тяжелое, физически и психически, состояние как после всякого отравления. Повторный прием алкоголя не только не улучшает имеющегося тяжелого состояния, но, наоборот, ухудшает его и обостряет, к алкоголю в этот момент имеется отвращение. С годами, однако, положение меняется. Симптоматика этого раньше неспецифического тяжелого состояния приобретает прежде всего совершенно определенные специфические черты; больной начинает испытывать неудержимое влечение к приему алкоголя, хотя бы небольших доз, к опохмелению; тяжелое это состояние—похмелье — целиком исчезает под влиянием опохмеления; правда на весьма ограниченный срок, как это имеет место при большинстве других наркоманий.

В развернутом виде картина похмелья совершенно специфична и носит характер отчетливого клинического синдрома.

Характерны расстройства со стороны вегетативной сферы: дрожание, сильная потливость, сердечно-сосудистые расстройства, общее тяжелое физическое самочувствие; эти явления уже сами по себе делают больного часто нетрудоспособным. К этому присоединяется своеобразная окраска настроения, особенно тягостная в первые два дня похмелья. Больной подавлен, в то же время встревожен, пуглив; чувствует себя морально раздавленным, ничтожным, «последним» человеком, заслуживающим презрения. Его пугает каждый громкий звук, шорох, крик; все это вызывает сердцебиение, повышенную потливость, усиленное дрожание. На фоне измененного настроения у больного появляются отчетливые идеи отношения; ему думается, что окружающие смотрят на него, перешептываются, знают о его пьянстве, осуждают его. Предпочитает поэтому сидеть у себя в комнате, не показываться во дворе или на улице. Старается везде проходить незаметно, не обращать на себя внимания. Подобные идеи носят здесь крайне несистематизированный характер — все это крайне лабильно, отвлекаемо, как обычно в алкогольной патологии. Описанные явления к ночи усиливаются. Тоска и пугливость больного делаются особенно заметными; больного мучает бессоница, часто полная. Настоящего сна вообще нет: дремота полная кошмарных сновидений то и дело прерывается. Особенно характерно содержание сновидений: в них обычно участвуют разнообразные животные, движущиеся в быстром темпе, различные фантастические чудовища, толпы необычайного вида людей и т. п.; по

содержанию и окраске эти сновидения похмельных больных полностью напоминают или копируют знаменитые белогорячечные галлюцинации.

Из этой вегетативной и психопатологической симптоматики и складывается картина похмелья, возрастающая по своей яркости и интенсивности с ростом алкогольного стажа. Она бывает резче выражена при быстром обрыве запоя, при внезапном наступлении абстиненции. Тяжелые картины похмелья отличаются необычайным усилением вегетативной и неврологической симптоматики, почти абсолютной бессоницей, тяжелой тоской и страхом, отчетливыми идеями отношения, а также преследования и отдельными галлюцинациями описанного выше «белогорячечного» типа. Обычные же нерезко выраженные картины похмелья, с которыми чаще всего приходится иметь дело, довольно мягки и внешне мало заметны по своей симптоматике, больные продолжают свои повседневные занятия, несмотря на то, что вся похмельная симптоматика в той или иной степени налицо.

Описанное состояние похмелья у хронических алкоголиков и является благоприятной почвой для возникновения при соответствующих условиях параноида внешней обстановки. Этому могут благоприятствовать еще факторы истощения и предшествовавшая бессонница. О такого рода параноидах внешней обстановки у алкоголиков мы писали в упомянутой нашей статье, а затем более подробно в книге «Об алкогольных расстройствах» в главе «К диференциальной диагностике алкогольных заболеваний» ввиду того, что случаи эти обычно, и на наш взгляд, неправильно трактуются, как настоящие алкогольные психозы. Приводим оттуда для иллюстрации историю болезни.

Случай 10. Больной З., 45 лет. Доставлен с вокзала в 4 часа утра из приемного покоя. Больной очень взволнован, дышит часто, говорит: «Жить мне осталось считанные минуты». Больной как бы с равнодушием следит за выполнением всех формальностей, связанных с поступлением его в клинику: «Все равно, к чему это». Считает себя обреченным; примирившись со своей участью, проявляет решимость: «Все равно один конец». Часто восклицает: «Если бы это знали... быть этого не может... публичный расстрел». Больной согласен умереть, но не хочет быть без вины осужденным, он только хочет знать, в чем его обвиняют. Возмущается бездушным отношением к этим событиям граждан: «Ни один не заступился, боятся». Документы охотно предъявил, подчеркивает, что имеет паспорт. Говоря все это, видимо мало надеется на реабилитацию таким путем. Ориентирован полностью. Понимает, что находится в больнице, где говорит с врачом: «Ваше дело, доктор, уговорить... спасти вы бессильны». Предложенное лекарство выпил с решимостью и отчаянием: «Лучше умереть от вашей руки».

Статус: пикнического сложения, соматически благополучен; помимо незначительного тремора и повышенных сухожильных рефлексов ничего отметить не удается.

Предоставленный себе в палате больной вскоре заснул. На следующее утро от болезненных переживаний не осталось и следа. Эмоционально жив, активен. Нарушает режим отделения, развлекая больных плоскими шутками и каламбурами. К сложным жизненным вопросам обнаруживает легкое

беспечное отношение. Та же печать легкомыслия лежит в разговорах о его сексуальных привязанностях; о своей болезни говорит в шутливой форме: «Остался при пиковом интересе, с пустыми хлопотами при поздней дороге».

О себе сообщил следующее. Детские годы прошли в условиях материальной нужды. Успешно окончил сельскую школу, а 17 лет техническую школу. По окончании школы работал техником на транспорте. 20 лет призван в армию, после демобилизации продолжал служить на транспорте. Женился. Семейная жизнь сложилась неудачно — через несколько лет развелся. Продолжает работать в различных учреждениях. За последние годы менял часто место жительства и работу.

С алкоголем впервые познакомился в 20 лет. Пил изредка. Усилилось пьянство приблизительно с 36—37 лет. Обозначилось отчетливо похмелье. Вскоре перешел почти к ежедневному пьянству. Последние недели провел в Москве, где гостил у брата и пытался устроиться на работу. Перед отъездом из Москвы 4 дня подряд пил (до одного литра в сутки). Плохо спал, нерегулярно питался. Имея несколько рублей, больной отправился в путь. Надеялся в Воронеже устроиться на работу, рассчитывал на помощь старых друзей. В своих расчетах ошибся, приехав 27 ноября в Воронеж друзей не застал, 4 дня находился на вокзале. Физически чувствовал себя плохо, очень ослабел, 4 ночи вовсе не спал. Ел за это время очень мало.

В ночь на 1 октября больного стал одолевать необыкновенный страх; пробегали, суетились пассажиры, создалась атмосфера сутолоки. Стало казаться, что в зал проникают какие-то агенты. Они являются одетыми то в форму моряков, то суетливо пробегали одетые в штатскую одежду. Всех их, однако, больной безошибочно узнавал по поднятым воротникам в которые они пытались прятать свои лица. Вскоре больной услышал, среди шума разговор, прислушался: речь шла об убийстве молодой женщины и старика-пассажира. Через несколько минут раздался тревожный рев паровозных гудков. Больному удалось сквозь шум и гам услышать три выстрела Гам и хаос нарастали; люди собирались толпами и кричали. В углу больной заметил нечто, покрытое лошадиной попоной, решил, что это трупы расстрелянных пассажиров. Люди кругом говорили хором; оглушенный криками больной не мог ничего понять. Также не мог проникнуть в смысл знаков и сигналов, которые ему подавали пассажиры. Подошел к нему человек и крикнул: «Берите его мы ему покажем». Он угрожал больному наганом, из дула которого струился красный дымок; от дыма у больного закружилась голова. Понял, что погибает; собравшись с последними силами, обуреваемый страхом, больной вскочил на стол молил о пощаде и звал окружающих на помощь. При удержании оказал резкое сопротивление, после чего, уступая силе, был доставлен в клинику.

Все заболевание таким образом завершилось в течение 3—4 часов.

В изложенном случае мы имели дело с необычайно острым заболеванием типа параноида, возникшим у хронического алкоголика во время поездки по железной дороге. Время заболевания, как это явствует из истории болезни, падает на период похмелья, наступивший после 4-дневного пьянства. Заболеванию непосредственно предшествовало лишение сна в течение нескольких ночей (возможно, отчасти в связи с похмельем), а также значительное физическое и психическое истощение в связи с недоеданием и волнениями. Пышный бред преследования, сопровождавшийся сильнейшим аффектом страха, возник необычайно остро, почти без предвестников. На высоте заболевания при сильнейшем напряжении аффекта

страха наблюдалось нерезкое затемнение сознания с намеком на зрительные иллюзии или весьма скудные галлюцинации. Параноид прошел бесследно и полностью через несколько часов после перевода больного в психиатрическую клинику.

По обстоятельствам возникновения, по наличию предшествующих истощающих моментов, по клинической картине данное заболевание совпадает с указанными реактивными параноидами. Белая горячка, несомненно, в данном случае исключается: здесь не было явственного нарушения ориентировки, не было настоящих галлюцинаций, отсутствовали необходимые соматические признаки белой горячки: тремор и пот. Но это заболевание ни в коем случае, на наш взгляд, не может быть признано и алкогольным галлюцинозом. Против последнего говорит необычайная острота и молниеносность заболевания, несмотря на свою необычайную яркость, на резкую аффективную насыщенность, на развернувшийся чрезвычайно яркий бред преследования. Это заболевание закончилось в течение нескольких часов, почти немедленно после удаления больного из обстановки, в которой он находился. Таких молниеносных галлюцинозов, которые развернулись бы полностью со всей возможной яркостью бреда и аффекта страха и бесследно бы прошли через несколько часов после перевода больного в другую обстановку, алкогольная клиника не знает. Помимо этого, алкогольным галлюцинозом данное заболевание не может быть названо и потому, что галлюцинаторный элемент не играл в нем значительной роли. В основном здесь имели место бредовые толкования обычных вокзальных разговоров и звуков; слова, доносившиеся до него, он с трудом разбирал среди стоявшего кругом шума; они вообще были лишены характерных для алкогольного галлюциноза признаков ритмичности и пр. По всем этим данным диагноз алкогольного галлюциноза должен быть здесь отвергнут. Наоборот, по всем решительно признакам он идентичен с нашими реактивными параноидами. Таковы же условия возникновения: в той же обстановке, после тех же тягот, лишения сна, истощения, к которым еще прибавился мощный фактор похмелья. Такая же острота аффекта страха, адекватность, живость и подвижность реакций больного; то же затемнение сознания на высоте заболевания; та же молниеносность течения и выздоровление немедленно или очень скоро после стационирования; те же бредовые толкования обрывков разговоров, звуков и шума, и скудность таких феноменов, которые можно было бы без каких бы то ни было сомнений причислить к настоящим развернутым слуховым галлюцинациям.

Подобных же еще 2 случая было опубликовано нами в упомянутой нашей статье об острых параноидах. Приводить их здесь не представляется необходимым, так как они отличаются, собственно, теми же особенностями, как и только что приведенный случай: те же условия возникновения, та же острота развития и аффективная насыщенность переживания, отсутствие или скудность настоящих галлюцинаторных феноменов, невозможность отнесения этих забо-

леваний к основным алкогольным психозам — белой горячке или галлюцинозу, быстрое обратное развитие при стационировании.

В связи с тем, что вообще заболевания алкогольными психозами чрезвычайно часто, по нашим наблюдениям, развиваются в пути, мы полагаем, что лишь часть возникающих при этих условиях психозов является настоящими алкогольными психозами; остальные же должны быть отнесены к подобного рода параноидам, возникающим на алкогольной почве. С учетом этой возможности и изложенных выше диференциально диагностических критериев и следует подходить к такого рода материалу.

В некоторых случаях мы отмечали тот же симптом ложного узнавания или неопределенного чувства сходства, который мы видели в других случаях и на котором мы останавливались раньше. Симптоматике настоящих алкогольных психозов этот симптом достаточно чужд. Природа и генез его не являются, правда, достаточно ясными. Кречмер, как мы видели, относит этот симптом к проявлениям крайнего истощения нервной системы, переутомления. В измененном виде эти поиски аналогии сходства имелись и в приведенном случае сензитивного бреда отношения, во время острой психотической вспышки. Правильно ли такое толкование этого своеобразного смптома или нет, для нас пока существенным является то, что он не свойственен клинике настоящих алкогольных психозов и что наличие его в наших случаях дополнительно указывает на родство их с другими нашими случаями, возникавшими на иной, не алкогольной, почве.

Приведем еще один случай, который также должен быть рассматриваем, как параноид внешней обстановки, возникший на базе алкоголизма. Случай замечателен как необычайной яркостью всей клинической картины в целом, так, в частности, и выраженностью рассматриваемого здесь симптома «ложного узнавания».

Случай 11[1]. Больной С. С. Н., 40 лет. Доставлен рано утром каретой скорой помощи с вокзала. По словам провожатого, на вокзале вел себя возбужденно, был тревожен, кричал «убивают», сопротивлялся окружающим. За полчаса до поступления, каким-то образом закрывшись в комнате дежурного врача на вокзале, выпил подряд с целью самоубийства стоявшие на столе пузырьки с медикаментами. Больному было сделано промывание желудка. Во время введения зонда больной активно сопротивлялся, возбужденно выкрикивал: «Зачем мучаете», вырвал зонд. После этого немного успокоился, принял ванну, с достаточной критикой рассказывал о переживаниях предыдущей ночи, оставалась все же некоторая взвинченность, взволнованность. Заснул, но скоро проснулся, стал тревожно оглядываться, стремился уйти. При попытке его удержать кричал: «Что вы, ребята, делаете? Нельзя же дважды резать одного человека». Вскоре успокоился, спал несколько часов.

Больной среднего роста, сложение ближе к астеническому. Со стороны внутренних органов уклонений нет. Пульс 100 ударов в минуту. Потливость, нерезко выраженный тремор пальцев рук, языка и век.

В настроении следы ночной тревоги, озабоченность. О себе дает подробные сведения. Родню свою знает мало, душевнобольных, по его сведениям, нет. Был крепкий, живой, подвижной ребенок. В школе учился хорошо, получал похвальные грамоты. С 12 лет учился в техническом учи-

[1] История бол. В. Н. Михайлова.

лице. Жил в другом городе, на частной квартире совместно с другими товарищами. Здесь он получил первые навыки к вину. Товарищи оказывали дурное влияние, учился невнимательно, только благодаря хорошим способностям не отставал. Из-за трудного материального положения 16-ти лет оставил школу, не окончив. Поступил слесарем на завод. Был веселый, разговорчивый, жизнерадостный, любил вечеринки, всякого рода развлечения. Водку пил «умеренно» 2—3 раза в месяц. Был мобилизован, но на фронте не был. После войны стал пить больше. С 1931 года работал в системе промкооперации в Сибири. К этому времени стал уже испытывать потребность в опохмелении. Был командирован на длительные курсы в Воронеж. Получил телеграмму о смерти жены. Взял отпуск, поехал домой, дочь отвез к матери. Вернулся на курсы в Воронеж. Вскоре запил. Пил несколько месяцев почти ежедневно. Затем бросил, взялся снова за учение, окончил курсы. Ввиду материальных затруднений остался работать в Воронежской области. Работал, продолжал выпивать, опохмелялся, но стремился все время вернуться в Сибирь. 10 сентября после тяжелой попойки утром уехал в Воронеж с целью завербоваться на работу и уехать в Сибирь. Денег было немного, скоро их почти пропил. Жил несколько дней на вокзале. Настроение после пьянства было тяжелое, боялся остаться без работы и без средств. 19 сентября накануне заболевания купался в реке; постирал себе смену белья; поэтому пробыл долго в воде, которая ему вообще показалась холодной. Одел на себя потом мокрое белье (на следующий день после поступления у больного развился насморк и кашель).

По пути из города на вокзал встречал людей, которых принимал за знакомых. Старался припомнить: «Где я их видел раньше». Один момент показалось, что в проезжавшей в пролетке даме узнал свою жену. На вокзале клонило ко сну. Среди шума услышал разговор. Как ему показалось, разговор шел о нем, говорил уполномоченный по вербовке, слышал слова: «Выгнать его, я не приму его на работу». Слышалось: «Прав, прав, райуполномоченный». Обратился к гражданину, которого он принимал за уполномоченного, но тот сказал, что он его не звал. Потом опять в шуме слышал такие же восклицания. Больного охватил сильный страх, боялся, как бы его не побили. Бродил по улицам; избегал милиционеров и некоторых прохожих, которые казались ему уже предупрежденными уполномоченным. Голосов не слышал. Сильно продрогнув, вернулся на вокзал. «Уполномоченный» был на вокзале, потом вышел, но люди, которые были с ним, остались. Слышал их голоса: «Опять пришел, подслушивает, убить». Видел, как эти люди показывали жестами, ждал физической расправы. В страхе ушел в соседний зал, вскоре увидел откуда-то появившихся прежних «преследователей». Обращался к какому-то военному, просил защиты. Помнит, подходил агент НКВД, успокаивал его, угощал папиросой. Страх не покидал больного. С беспокойством переходил с места на место. Казалось, все объединились против него: все служащие вокзала, охрана, официанты. Слышал голоса: «Докончить его, прикладом». Лежал на полу. Подходили люди уговаривали, просили куда-то пойти. Казалось, что приглашают с целью, чтобы где-нибудь за углом убить. В конце концов, уговорам подчинился, пошел с людьми, перед этим выхватил из кармана семейные карточки, бросил в публику с возгласом: «Передайте родственникам». Вели по перрону. В большом страхе вырвался, бегал по путям. Всюду натыкался на людей, которые, как казалось больному, кем-то предупреждены против него. Отвели его в комнату врача. Вызвали по телефону скорую помощь, казалось, что под видом скорой помощи вызывают милицию. Зашел в заднюю комнату, закрылся на крючок. Искал средства избавиться от предстоящих мук со стороны покушавшихся на него преследователей. Выпил несколько флаконов, один с надписью «сулема»; боялся, как бы не наткнуться на противоядие, с этой целью не стал пить иод. Стали взламывать дверь; придерживал, сопротивлялся натиску людей. Когда был взят в карету, казалось, что везут в застенок. Только в этот период сознание было несколько оглушено. Смутно припоминает, что была рвота. В больнице был ориентирован пра-

вильно, но к медперсоналу относился с подозрением. Подумал: «Как культурные люди могут работать в застенке». Слышал разговоры: «Готовьте сковороды, будем жарить, изрежем на куски». При введении зонда казалось, что будут лить в желудок кипящую воду. Видел женщину в белом, которая в руках держала сковородку на длинном черенке (сестра, помогавшая при промывании желудка). Помнит, как сопротивлялся введению зонда. В больнице представлялись раздетые женщины. К утру в ванной старался перехитрить персонал. Казалось, что его будут купать в кипящей воде. Ощутив теплую воду, нарочито вздрагивал, ежился, чтобы подумали, что посадили в горячую воду. Только после ванны стал спокойнее и постепенно правильно мог разобраться в протекающих событиях и переживаниях. В тот же день больной вполне критически относился к своей болезни. Был несколько подавлен критическим положением, в которое попал. Много в дальнейшем тревожился о том, как бы не пропали его документы. Звонил в трест по поводу их. Намеревался ввиду плохого материального положения по выписке уехать на работу, на далекую периферию. Был выписан самостоятельно.

Дополнительные сведения о времени, непосредственно предшествовавшем развертыванию острой вспышки, письменно изложенные больным. «По дороге с базара на вокзал мне попался один молодой человек, которого как будто бы я недавно где-то видел, даже голос и тот мне показался хорошо знакомым, но как ни напрягал я память, кто это, я не мог установить. У самого вокзала меня обогнала пролетка, в которой сидела женщина с мужчиной; женщина показалась мне очень похожей на мою жену; до того было поразительно сходство, что я, зная, что моя жена умерла, все же как-то невольно ускорил шаг и хотел нагнать пролетку, но это мне не удалось. Придя на вокзал, я пошел в буфет, выпил 2 стакана чаю, после чего отошел и стал у стены. Пассажиров на вокзале было очень много. Постояв немного, мне стало слышаться, что меня кто-то называет по имени, то по фамилии, я оглядывался, но отыскать назвавших не мог; в то же время я чувствовал что-то неладное в голове, я временами тер себе лоб и мне становилось душно. Стоя у стены, я обратил внимание на одного гражданина, который показался мне очень знакомым, но вспомнить, кто он, я так и не мог. Позднее я встретил пожилого мужчину, который и по костюму и по своей наружности показался мне очень знакомым, установить, где я его видел, я так и не мог. Все встреченные мной люди, показавшиеся мне знакомыми, никакой тревоги в меня не вселяли. Я только старался вспомнить, кто они, я в уме перебирал всех моих знакомых, преподавателей, и все же установить, кто они, не мог. В данный момент, припоминая их наружности, я прихожу к тому, что они моими знакомыми не были. Тревога и боязнь у меня начались после того, когда я услышал, как меня ругал уполномоченный».

И этот случай, как и предыдущий, весьма похож по симптоматике на алкогольный психоз и именно — на острый алкогольный галлюциноз. Нет сомнения, что за таковой он в обычных условиях, если не учитывать возможности описываемой нами формы, и был бы принят. Имеются, однако, достаточно определенные диференциально диагностические критерии, позволяющие установить, что в действительности мы и здесь имеем параноид внешней обстановки, возникший на почве хронического алкоголизма.

Заболевание возникло во время похмелья, причем в отличие от предыдущего случая, похмелья тяжелого, наступившего после весьма длительного запойного приступа. Как и в других наших случаях, имели место и здесь истощение и бессонница, правда, частично связанные с предшествовавшим запоем и похмельем как

таковым. Далее, имело место, по всем видимостям, и гриппозная инфекция, связанная с простудой во время купания и начавшаяся как раз во время заболевания. Наконец, необходимо отметить и психогенный фактор, несомненно, астенизировавший больного к моменту заболевания; сюда относится почти безвыходное положение, обусловленное запоем.

Временное предрасположение, дающее необходимую для возникновения параноида готовность, создано в данном случае, следовательно, целым рядом факторов; наиболее существенный из них — похмелье, но и другие соматические факторы, как истощение и гриппозная инфекция, несомненно, также играли роль. Психогенный фактор в данном случае мог играть только роль неспецифического астенизирующего фактора, так как ничего специфического, способствующего образованию реактивного параноида, его ситуация, послезапойного материального краха не заключал.

Предвестником заболевания служил отчетливо описанный больным симптом ложного узнавания, или точнее неопределенного чувства сходства, знакомства, симптом, необычайно резко выраженный и не сопровождавшийся страхом или тревогой. Острый параноид, возникший в условиях переполненного вокзала, длился всего одну ночь и уже к утру закончился полным выздоровлением. Об остроте параноида, о силе аффекта страха, сопровождавшего их, можно судить по целому ряду действий б-го, завершившихся серьезным покушением на самоубийство.

О белой горячке в абортивной форме не приходится здесь думать потому, что мы не имели здесь ни дезориентировки, ни делирия; не было обычных зрительных галлюцинаций, отдельные же, особенно гипнагогического характера, вполне возможны при всяком тяжелом похмелье. Алкогольный галлюциноз можно с уверенностью исключить потому, что мы не знаем таких случаев, которые начинаются, развертываются и достигают максимально мыслимой остроты в течение нескольких часов и которые бы полностью заканчивались при переводе из одной обстановки в другую. Таких случаев развернутого галлюциноза, а не абортивного (а здесь пришлось бы думать только о развернутом психозе) мы не знаем. Помимо этого, слуховые галлюцинации (если они вообще были) здесь достаточно скудно выражены. Они возникли только при наличии шума, — на переполненном возкале, отчасти затем в больнице, быстро исчезая, их не было, например, вовсе на улице, когда перепуганный больной ушел бродить в город. Носили они скупой, отрывочный характер, не было свойственного алкогольным голосам ряда известных характерных особенностей. Скорее можно здесь думать об иллюзорных восприятиях, возникавших среди невообразимого шума, нежели об истинных галлюцинациях. Но если даже последние в какой-то мере и участвовали в картине, то такого рода алкогольная патопластика вполне может быть объяснена тяжелым похмельем, в котором находился больной.

Таким образом, несмотря на внешнее значительное сходство и на казалось бы решающее в таких случаях обстоятельство — наличие предшествующего тяжелого запоя,— мы не можем здесь говорить ни о белой горячке, ни о галлюцинозе. По всем условиям возникновения, по всей симптоматике, по совершенно необычайному для других заболеваний течению можно сказать с достаточной уверенностью, что в действительности мы имеем здесь дело с параноидом внешней обстановки, возникшим на базе имевшегося алкогольного тяжелого похмелья и соответственно окрашенного алкогольной патопластикой.

Мы вправе, следовательно, говорить в этих случаях о псевдоалкогольных психозах у алкоголиков, так как психозы здесь не алкогольного, а совершенно иного, реактивного в особом смысле, характера. Алкоголизм играет здесь лишь роль почвы, необходимой для возникновения заболевания. При весьма значительном их внешнем сходстве с настоящими алкогольными психозами, прежде всего с острым галлюцинаторным бредом, понятно теоретическое и практическое значение такого рода отграничения для клиники алкоголизма. Обычно такого рода заболевания принимаются без колебаний и, по нашему мнению, совершенно неправильно за настоящие алкогольные психозы. В действительности же это—псевдоалкогольные психозы, наподобие псевдошизофренических вспышек, которые мы видели выше у шизофреников. Встречаются они, если учесть частоту «алкогольных» психозов, возникающих именно в пути, по нашему мнению, вовсе не так редко.

В этом случае мы имели необычайно отчетливо выраженным психопатологически весьма интересное явление «ложного узнавания», «чувства сходства или знакомства», которое мы видели и отмечали в ряде других случаев. Здесь удается проследить определенный этап заболевания, когда в течение нескольких часов имел место только один этот симптом без какой бы то ни было примеси галлюцинаторных и бредовых явлений. Этот стадий заболевания, не сопровождавшийся совершенно тревогой или страхом, совершенно не свойственен алкогольным расстройствам, как таковым. В отличие от других наших случаев, где это явление примешивалось к бредовым идеям уже в разгар психотической вспышки, здесь удается это явление проследить изолированно, так как оно возникло и держалось до развития острой вспышки. Мы думаем поэтому, что это интересное с психопатологической точки зрения явление характеризует скорее не самый острый параноид, как таковой, а экзогенно измененную почву, временное предрасположение, ту психопатологически еще неясную «готовность», которая необходима для реализации параноида.

Параноид внешней обстановки может возникнуть и на базе комбинации шизофрении с алкоголизмом. В этих случаях возникающие заболевания, собственно, мало отличаются от описанных выше случаев. Шизофренический процесс отличается здесь нередко достаточно мягким течением, и тогда он почти не оказывает какого-

нибудь влияния на симптоматику параноида, хотя, несомненно, участвует наряду с другими факторами в создании необходимого для его возникновения временного предрасположения. Один подобный случай был нами приведен в упомянутой выше работе. Единственное отличие от других случаев, возникших на базе одного алкоголизма, заключалось в большей длительности вспышки; так, в этом случае она продолжалась несколько дней, причем собственно острый стадий продолжался и там недолго, но ликвидация вспышки, возвращение настоящей критики затянулось на большее время. Такая особенность течения вполне понятна, если учесть, что в генезе заболевания участвуют не только кратковременные факторы как истощение, бессонница и похмелье, но и фактор более длительного порядка, именно шизофренический процесс при всей мягкости течения последнего. В остальном и этот случай не отличается какими-нибудь существенными особенностями: во время острого стадия аффект был выражен так же ясно, как и в других случаях, такое же затемнение сознания имелось на высоте аффекта страха, причем в этот момент, во время затемнения сознания, алкогольная патопластика, напоминающая белогорячечную симптоматику, была достаточно четко выражена. Следующие же дни после острой вспышки, во время замедленной ликвидации заболевания, аффект был заметно слабее, нежели в других, нешизофренных, случаях, больной в эти дни был недостаточно доступен. Наступившее вскоре полное возвращение критики показало достаточную в пределах обычных комбинаций алкоголизма с вяло текущей шизофренией сохранность личности и полное освобождение от имевшего место заболевания.

Необходимо вообще заметить, что случаи комбинации вяло текущей шизофрении с алкоголизмом представляют безотносительно к проблеме реактивных параноидов, значительные диагностические трудности. Обсуждение этой весьма сложной проблемы не входит в задачи настоящего исследования, — заметим, что мы и для себя считаем наличие шизофрении в подобного рода случаях не окончательно установленным, до известной степени предположительным. Естественно, что изменение симптоматики наших параноидов при возникновении их на такого рода почве будет по сравнению с простыми алкогольными случаями невелико.

В других случаях комбинация шизофрении с алкоголизмом представляется более ясной, несмотря на мягкость и благоприятное течение процесса.

Случай 12. Больной Б. К., 40 л., доставлен в клинику фельдшером 31 марта 1935 года, при поступлении больной сообщает, что в вагоне кто-то его преследовал, хотел его убить, поэтому он выбросился из вагона. Это было 29 марта; последние 2 дня чувствует себя «угнетенным, разбитым». Водки пьет много.

Со слов больного. Заболел в дороге. Ехал с 13 марта, первое время ехал на подводах. В поезд сел 23 марта и почувствовал себя больным, была какая-то тоска, какой-то испуг, боялся людей. Казалось, что люди, будут покушаться на его жизнь. Первые дни все же чувствовал себя тверже,

«были какие-то надежды, что до Ленинграда доедет спокойно». В Ростове была пересадка. Когда сел в поезд, чувствовал себя еще хуже (в Ростове не спал две ночи). Было «угнетенное состояние», в голове «туман», «малая сообразительность». На одной станции, недалеко от Ростова, показалось, что в поезд садится подозрительная публика. Показалось, что кто-то сказал, что поезд окружили бандиты. Больной, расположившись было спать, стал волноваться. Казалось, что как-будто кто-то его хочет убить. Слышал в стороне разговоры об убийстве. К утру не успокоился, волновался еще больше. Не помнил ничего, «полное притупление умственных спсобностей». В эту ночь видел каких-то вооруженных «напудренных людей». Инстинктивно прыгнул на ходу с поезда, не доезжая несколько километров до ст. Подгорное. Получил ушибы. Вскоре встал и увидел, что к нему бежит человек с веревкой, кричит «обождите». Прибежал в деревню, был в правлении колхоза. Написал записку, что его хотят убить, просил отослать жене. Был доставлен в милицию, оттуда был направлен в психиатрическую больницу. Последний период помнит смутно. Помнит, что просил перед смертью вина, просил, чтобы его расстреляли.

В отделении первое время несколько взволнован, охотно делится о пережитом, тяготится пребыванием в беспокойном отделении. 2 апреля переведен в спокойное отделение. Дает о себе дополнительные сведения. В 1918 году после семейной неприятности (измена жены) появилась тоска, была попытка на самоубийство (повесился, но во-время был снят); плохое состояние продолжалось около двух недель. 10 дней много пил, работу не бросил, но после этого стал еще более замкнутым, недоверчивым. Временами были кратковременные тоскливые состояния, изредка головные боли. Пил от случая к случаю. В 1925 году снова сошелся с женой, но через два месяца снова поссорились. Опять появилась тоска, уединился, плохо ел, считал, что жена хочет его отравить, слышал оклики на улице, видел в лице прохожих преследователей, которые хотят его убить. Бросился из окна 3-го этажа, сильно разбился, был 2 часа без сознания. Стал в дальнейшем еще более раздражительным, подозрительным, без причины ревновал жену, в свободное время после работы нигде не бывал. В 1925 году уехал внезапно из дому без всяких вещей в другой город, где жил по настоящее время. Причина, по его словам, измена жены. Пьет давно. С 1925 года стал опохмеляться. С 1933 года пьет ежедневно после работы, всегда один.

5—15 апреля. В отделении вял, апатичен, целыми днями лежит в постели, закрываясь одеялом. Часто плачет, жалуется на тоску и головные боли, не высказывает никаких желаний. Говорит тихим монотонным голосом, часто на вопросы отвечает молчанием. О своих болезненных ощущениях, обманах слуха говорит все же, как о чем-то реальном, имевшем место в действительности. До критического отношения к недавнему прошлому, видимо, не поднялся. Такое же примерно состояние отмечается до 25 апреля. С 25 по 27 апреля стал значительно живее, общительнее, критически относится к своему прежнему состоянию. Несколько слабодушен, плакал при получении письма из дому, настойчиво просит выписки. 29 апреля выписан.

В данном случае комбинация шизофрении с алкоголизмом вряд ли может вызвать серьезные сомнения. Однако и здесь шизофрения, как таковая, протекает достаточно мягко. По окончании следовавшей за острым параноидом полосы вялости, недоступности и неадэкватности обнаруживается относительная сохранность личности, достаточная естественность и живость. Параноид возник здесь при тех же условиях у человека, пьющего почти ежедневно и давно опохмеляющегося, после истощения, связанного с длительным путешествием и бессоницей. Синдром тот же, что и в обычных случаях

нашего параноида; тот же бред преследования с резко выраженным аффектом страха и с затемнением сознания на высоте заболевания, те же отчаянные шаги, предпринимавшиеся в целях самозащиты, какие мы почти, как правило, встречаем у наших больных.

Возможность настоящего алкогольного психоза исключается здесь с еще большей легкостью, чем в предыдущих случаях: слуховые галлюцинации, если вообще таковые имели место, выражены здесь еще меньше, нежели там, незначительна здесь и алкогольная патопластика. По сути дела этот случай своей симптоматикой мало отличается от тех, которые возникали на почве одного истощения, без участия алкоголизма или шизофрении. Особенности представляют собой только течение заболевания, затянувшегося на сравнительно большой срок. Острый параноид, как таковой, прошел здесь довольно быстро, однако полная критика к имевшему место заболеванию долго не восстанавливалась, одновременно было изменено все поведение больного, отличавшегося в течение этого периода вялостью, неадэкватностью, недоступностью. Эта особенность течения идет, повидимому, как и в предыдущем коротко упомянутом случае, от шизофренического процесса, участвующего в генезе данного заболевания. Такого рода затяжку обратного развития острого параноида мы видели и в случаях, возникавших на базе одной шизофрении, без наличия хронического алкоголизма (см. гл. 3).

Заслуживает быть отмеченным указание больного, неоднократно им повторяемое, на какие-то затруднения в интеллектуальной среде во время заболевания: «в голове был туман», «было полное притупление умственных способностей». Как видно из истории болезни, он отмечал их достаточно явственно еще до того, как острый параноид развился полностью. Они характеризуют, повидимому, не только симптоматику самого параноида, но и короткий период, предшествовавший его возникновению, когда больной отмечал усталость, угнетенное настроение, беспричинную тревогу и наряду с этим какое-то «притупление умственных способностей». Повидимому, это интеллектуальное расстройство является в данном случае симптомом того временного предрасположения, «готовности», на базе которой возникает потом параноид. Этого же рода расстройства мы видели и в предыдущем, подробно изложенном случае и в ряде других. Мы склонны поэтому рассматривать это расстройство вместе с отмеченным уже выше явлением «ложного узнавания» как принадлежность психопатологической картины интересующего нас, вызванного экзогенным фактором временного предрасположения.

Изучаемая нами форма параноидов может, таким образом, возникнуть и часто возникает на почве хронического алкоголизма; при этом она сохраняет в основном все своеобразие своей клинической картины, ее симптоматики и течения. Алкогольная окраска, которая свойственна ей в подобного рода случаях, вполне понятна ввиду специфической почвы, на которой она здесь возникает. Однако роль этой патопластики не должна быть преувеличиваема; сходство с

алкогольными психозами зависит не столько от этой патопластики, сколько от значительного сходства вообще описываемой формы с алкогольными психозами, в частности, с острым галлюцинаторным бредом (галлюцинозом). Случаи эти, повидимому, родственны тем своеобразным «реактивным психозам у алкоголиков», которые описывает И. Н. Введенский [1]. Там речь идет о реактивных психозах, которые полностью копируют всю белогорячечную симптоматику, включая дезориентировку, обильные зрительные галлюцинации, пышные делириозные переживания и т. д., исключая лишь симптоматику соматическую. Существенное заключается, однако, в том, что сходство с алкогольным галлюцинозом в наших случаях необычайно велико и там, где нет ни малейшего указания на алкоголизм. В случаях их возникновения на алкогольной почве это сходство, естественно, еще более увеличивается, хотя и не настолько, чтобы умалить или затемнить значение приводимых выше отличительных особенностей. Они остаются все теми же своеобразными параноидами по всем основным разделам — по условиям возникновения, клинической картине заболевания и его течению. Как показывают наши случаи, роль фактора, создающего здесь временное особое состояние готовности, временного предрасположения, играет состояние похмелья. Заболевание развертывалось после тяжелого запоя, т. е. именно в похмелье. В других наблюдавшихся нами случаях труднее было установить у заболевавших алкоголиков сроки пьянства и, следовательно, похмельного состояния. Необходимо, однако, помнить, что под похмельным состоянием следует разуметь не 1—2 дня, следующих за запоем, а период более длительный, сроком иногда в неделю и больше. Кроме того, вполне возможно, конечно, возникновение параноида внешней обстановки у алкоголика и не в период похмелья, если только налицо обычные, известные нам факторы, способствующие возникновению этого заболевания. Своеобразия в картине не меняло также наличие не одного только хронического алкоголизма, но и комбинации последнего с шизофренией. И в этих случаях по всем основным разделам сохранялась специфичность картины, сохранялась также четкая, алкогольная патопластика. Отдельные детали клинической картины и течения не нарушали специфичности описываемого синдрома, что, пожалуй, понятно, если учесть своеобразие шизофрений, осложненных алкоголизмом, в особенности в смысле малой глубины шизофренической деструкции и деградации, как таковой. В этом отношении эта форма ведет себя совершенно сходно с алкогольным галлюцинозом, который сохраняет в основном специфичность своего синдрома, независимо от того, возникает ли он на почве обычного алкоголизма или алкоголизма, осложненного шизофренией (вяло текущей). Специфичности синдрома в целом не нарушают, конечно, отдельные особенности симптоматики и течения, которые и здесь имеют место.

Можно ли в таком случае психозы эти именовать алкоголь-

[1] Введенский. Труды психиатрической клиники I ММИ. Вып. 4.

ными? Несмотря на наличие хронического алкоголизма и даже наличие похмелья во время заболевания, несмотря на патогенетическую роль последнего в возникновении психоза, несмотря на богатую алкогольную симптоматику последнего, создающую в результате еще бо́льшее клиническое сходство с алкогольным психозом, мы на этот вопрос должны ответить отрицательно. По клинической своей природе они являются параноидами внешней обстановки, возникшими на алкогольной почве. Последняя, в соединении с другими известными нам уже патогенными моментами, способствовала созданию того временного предрасположения, роль которого в возникновении наших параноидов мы постоянно подчеркивали. Значение этого предрасположения или временной «готовности» огромно. Патогенические условия, при которых возникает на время такого рода предрасположение, нам теперь частично известны. Что касается расстройств психической сферы, пусть мягких, скудных и мало заметных, которые должны быть свойственны этому временному особому состоянию, то они известны нам гораздо меньше. Некоторое, хотя и очень скудное представление об этом и столь важном для нас стадии заболевания, дают своеобразные расстройства интеллектуальной сферы, воспринимаемые больными как «притупление умственных способностей», «как туман в голове». Другая еще более интересная особенность заключается в симптоме «ложного узнавания», своеобразном психопатологическом явлении, неоднократно наблюдавшемся нами в различных вариантах и в разной степени некоторых наших больных. Несмотря на то, что явление это совершенно не свойственно клинике алкоголизма, мы его видели в достаточно выраженном виде и там, где в качестве фактора, участвующего в создании необходимого предрасположения, выступал и хронический алкоголизм.

Наши данные показали, как велика роль соматогенного фактора в возникновении реактивных параноидов Он вызывает особые, нерезко выраженные психические изменения, далекие от того, чтобы они могли быть сколько-нибудь сравниваемы с острыми картинами симптоматических психозов. Психопатология этих состояний мало изучена, и, повидимому, бледна, недостаточно ярка. В наших случаях они важны не как таковые, не как самостоятельные психопатологические синдромы, они имеють здесь значение только почвы, способствующей возникновению при определенных условиях острого реактивного синдрома.

Можно быть уверенным, что сами по себе эти состояния встречаются в жизни достаточно часто, так как они вызываются действием довольно распространенных соматогенных вредностей. Они остаются, однако, не отмеченными именно ввиду бледности и неразличимости своей симптоматики и косвенно дают о себе знать лишь в тех исключительных случаях, когда они служат почвой для возникновения реактивного параноида.

Эти состояния недостаточно изучены в современной клинической психиатрии. Крепелин говорил, что проблема экзогенных заболеваний не может быть полностью разрешена без знания картин, связанных с действием нерезко выраженных экзогенных вредностей. Поэтому он сам тщательно изучал клинику легких экзогенных интоксикаций (в частности алкогольной), а также симптоматику истощения. Он считал, что специфичность экзогенных картин может быть установлена лишь на той фазе, когда мягкие и первоначально специфические расстройства еще не смазаны последующим, более мощным и грубым действием той же экзогенной вредности. Таким образом, своеобразие картин, присущих каждой экзогенной вредности, должно быть изучено не на делириях и других известных экзогенных синдромах, а на мало заметных и не ярких психических изменениях, вызываемых начальным или нерезким действием того же экзогенного фактора. Наши данные показывают, что эти нерезко выраженные состояния представляют значительный интерес не только для клиники и теории экзогений, но и для проблемы реактивных параноидов и учения о психогенных реакциях в целом.

Эти состояния не лишены своей особой симптоматики, о чем свидетельствуют, например, общеизвестные данные по клинике истощения. Об этом же косвенно свидетельствует отмечавшийся в наших случаях феномен «ложного узнавания»—точнее, переживания неопределенного чувства сходства или знакомства при восприятии отдельных лиц или предметов. Что они не являются здесь случайным образованием, а в какой-то мере, если не специфичны, то особенно характерны для состояний, вызванных истощением и лищением сна, показывает недавняя работа Scheid. W.[1] о ложном узнавании. В этой работе автор описывает возникающее первично ложное чувство сходства, знакомства (fälschlihes Bekanntheitserlebnis), наступающее именно при крайнем истощении и ничего общего не имеющее с различными типами шизофренического и органического ложного узнавания.

Состояния, вызываемые мягкими экзогениями, представляют особый интерес для проблемы психогений в связи с тем, что благодаря им делается возможным возникновение особых реактивных заболеваний. В сущности о том же говорит К. Шнейдер[2], Гесс[3], выдвигая понятие «фона», создаваемого экзогенной вредностью и, указывая на патологические психогенные реакции, обязанные своим возникновением именно данному «фону». Необходимо лишь, по нашему мнению, заметить, что о таком «фоне», т. е. о готовности к патологическим психогенным реакциям, позволительно говорить лишь при особых, мало симптомных экзогенных состояниях, а не при настоящих экзогенных психозах. В последнем случае, т. е.

---

[1] Scheid. Über Personenverkennung. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 157, (1937).

[2] Schneider. Psychiatrische. Vorlesungen, 2 изд.

[3] Hess. Nervenerzt (1936).

при наличии острого симптоматического психоза, связанного с грубым изменением сознания, не приходится уже говорить о психогенных реакциях в любом даже самом широком смысле этого слова, а самое большое — о психогенной патопластике симптоматических психозов.

Экзогенное изменение почвы является в наших случаях временным фактором, как бы заменяющим собой в механизме бредообразования особые характерологические качества личности. Это, однако, не означает, что конституциональный момент не может играть в наших случаях никакой роли. Подходящие качества личности (тревожность, неуверенность в себе, подозрительность), если таковые имеются, несомненно, способствуют возникновению параноида. При резко выраженных подобных конституциональных качествах, особенно там, где имеются еще добавочные психогенные моменты, параноид внешней обстановки может возникнуть и без значительного участия экзогенного фактора.

Конституциональный фактор играет, надо полагать, известную роль не только в этих исключительных случаях, но и в других случаях описываемых параноидов, но в смысле какой-то ближе нам неизвестной конституциональной особенности внехарактерологического порядка. Может быть, речь идет о чем-то имеющем отношение к «симптоматической лабильности», или о самостоятельном конституциональном качестве, способствующем созданию под влиянием экзогенного фактора особых, психопатологически небогатых, но необходимых для возникновения данного заболевания, состояний.

Эти замечания касаются почвы, на которой возникает рассматриваемая нами форма параноидов.

Фактором ситуационным, непосредственно психогенным, является в наших случаях внешняя обстановка. Вызываемое экзогенным фактором особое состояние ведет, повидимому, к тому, что ситуация начинает восприниматься больными не совсем обычным образом. Возникает, повидимому, измененное, менее диференцированное восприятие ситуации, в котором начинают играть роль не имеющие существенного значения для оценки положения черты внешней обстановки. Там, где эта последняя не является для больного непривычной, она не может служить психогенным травматизирующим фактором и не является исходным пунктом возникновения параноида. Но в тех случаях, где имеется, действительно, особенная, объективно своеобразная внешняя обстановка, последняя благодаря этим условиям приобретает особое значение и начинает играть травматизирующую роль. Совершенно очевидно, что понятие, «особенной», «специфической», «объективно своеобразной» обстановки является понятием условным, весьма относительным по своему значению. Любая внешняя обстановка, резко отличная от привычной, является для данного лица «особенной», «специфической», «объективно своеобразной» и при наличии необходимых условий может играть соответствующую патогенную

роль. Таким образом, помимо вокзальной, железнодорожной обстановки, подобную роль для совершенно непривычных людей может играть, например, обстановка большого города или упоминавшаяся нами обстановка больницы. Этим объясняется то обстоятельство, что в ряде случаев заболевания острыми ситуационными параноидами, как мы видели, развивалось в больнице (Allers) или в обстановке большого города, куда больной попадал из деревни впервые в жизни (K. Schneider, 1-й случай). Наконец, возможны и чрезвычайные изменения внешней обстановки при массовых передвижениях людей, во время военных действия (случай Weyer) и т. п. стихийных бедствий. При наличии требуемых условий могут стать патогенными и подобные изменения обстановки и создавать аналогичные описанным ситуационные параноиды. Все это указывает на относительность и условность содержания, которое следует вкладывать в понятие рассматриваемого ситуационного фактора—внешней обстановки. Совершенно также очевидно, что добавочные психогенные моменты, которые могут иметь место во время длительной и трудной поездки, во время пребывания первый раз в жизни в большом городе, при помещении в больницу, при катастрофах или во время военных действий могут дополнительно способствовать возникновению параноида, тем более, что те же психогенные факторы способствуют одновременно возникновению истощения и созданию таким образом экзогенной продготовленности почвы.

Так возникает рассматриваемый нами параноид внешней обстановки. Как мы видим, те же механизмы играют роль при всех типовых ситуационных параноидах, известных нам из литературы («примитивный бред отношения» Шнейдера, «бред преследования изолированных в отношении языка» Аллерса, «острый сензитивный психоз истощения» Кречмера). Мы можем предполагать, что эти механизмы, в особенности фактор экзогенного изменения почвы, играют роль при возникновении острых реактивных параноидов вообще, при том условии, конечно, если речь идет, действительно, об острых параноидах, напоминающих по своей картине экзогенные, сиптоматические психозы.

Те же факторы играют роль при описываемых нами острых параноидных сдвигах в картине психозов. Главную роль играет здесь фактор специфической внешней обстановки; что касается экзогенного изменения почвы, то оно, видимо, не является обязательным, как мы могли это видеть на примере острых параноидных сдвигов при шизофрении. Связанные с этими сдвигами вопросы заслуживают дальнейшего изучения. Эта проблема могла быть нами рассмотрена здесь лишь в самых основных чертах.

В заключение мы хотели бы указать на возможности соответствующих профилактических мероприятий, логически вытекающих из изложенных в настоящей работе данных, в частности, при массовых перевозках людей на большие расстояния и при поездке по железной дороге известных категорий больных, в частности алкоголиков.

ГЛАВА V

К СТРУКТУРЕ ПРЕСЕНИЛЬНЫХ И АЛКОГОЛЬНЫХ ПАРАНОИДОВ

Представляет интерес с изложенной здесь точки зрения попытаться подойти к анализу других параноидов: не играют ли и в них вскрытые выше механизмы некоторой патогенетической или иной роли. В этом отношении подлежит изучению острый алкогольный галлюциноз, клиническая картина которого представляет так много схожего с картиной параноида внешней обстановки. Это заболевание является, несомненно, экзогенным, и по природе оно, следовательно, глубоко отлично от описываемой нами формы. Имеется, однако, общность в отношении некоторых второстепенных механизмов, играющих все же определенную роль в развертывании и оформлении психоза. С этой точки зрения представляют еще больший интерес некоторые группы пресенильных психозов. Клинически они, в противоположность алкогольным галлюцинозам, как раз мало похожи на описываемые нами параноиды. Тем не менее патогенез этих заболеваний имеет много общего с механизмами, описываемыми выше, а самые заболевания, на наш взгляд, должны быть, хотя и с определенными оговорками, отнесены к заболеваниям, реактивным по своей природе.

Мы должны, однако, оговориться, что соображения, выдвинутые в настоящей главе, в отличие от данных, приведенных в предыдущих главах и касающихся острых параноидов внешней обстановки и острых параноидных сдвигов в клинической картине других психозов, представляются нам пока сугубо предварительными. Все эти соображения, в особенности касающиеся группы пресенильных психозов, требуют, конечно, более полного и всестороннего клинического рассмотрения.

Сходство описываемой нами формы с алкогольными галлюцинозами несомненно. Между ними существует, конечно, и различие, позволяющее в необходимых случаях диференцировать эти два заболевания; сходство, однако, настолько велико, что во всех случаях требуется весьма тщательный анализ условий возникновения и клинической картины, чтобы по отдельным, внешне не столь значительным деталям судить об истинной природе заболевания. Такого рода сходство между двумя столь чуждыми друг другу заболеваниями должно иметь свои причины и заставляет поэтому обратиться к рассмотрению условий возникновения и особенностей структуры алкогольного галлюцинаторного синдрома.

Острый алкогольный галлюциноз возникает чаще всего в период похмелья, после запоя. Иногда он начинается к самому концу запоя, когда абстинентные явления только намечаются, иногда после окончания пьянства, в период развернутого похмелья, спустя даже несколько дней после конца пьянства. Никогда не бывает, чтобы он начинался после долгого периода воздержания от алкоголя, как это случается, особенно при наличии добавочной соматогении, с белой горячкой. Условием, следовательно, и почвой для возникновения острого алкогольного галлюциноза является в большинстве случаев наличие похмельного синдрома, с основными чертами которого мы познакомились выше. Реже, галлюциноз развивается после атипических форм белой горячки, когда делирий как таковой, со свойственными ему физическими симптомами, дезориентировкой, зрительными галлюцинациями, бессонницей фактически закончился и когда после него в виде неликвидированного остатка некоторое время продолжается синдром галлюциноза. Так как похмельный синдром, как мы показали в другом месте, во многих отношениях является рудиментом белой горячки, то можно сказать, что период ликвидации delirium tremens во многом родственен обыкновенному похмельному состоянию. Если не считать этой возможности, которая, как мы видели, мало меняет дело, и иметь в виду сравнительно чистые формы острого галлюциноза, то вряд ли будет натяжкой утверждение, что подавляющее их большинство возникает на базе алкогольного абстинентного синдрома, т. е. похмелья.

В этом заключается определенное сходство в отношении условий возникновения описываемой нами формы параноида и алкогольного галлюциноза. В обеих формах требуется, следовательно, какая-то почва, причем почва специфическая, созданная особыми, временно действующими факторами. Состояния, которым создают здесь необходимо временное предрасположение, обладает пусть мягкой и не бросающейся в глаза, но специфической симптоматикой. В отношении похмелья это не может подлежать сомнению ввиду отчетливости и изученности этого синдорма. Меньше известна нам симптоматика временных состояний, на базе которых развертываются наши параноиды. Однако, имеющиеся, правда, скудные данные заставляют предполагать, что и эти состояния обладают своеобразной и до известной степени специфической симптоматикой. Помимо чувства разбитости и угнетенного настроения с примесью тревоги, здесь часто отмечались определенные затруднения в интеллектуальной сфере («туман в голове, притупление умственных способностей»), некоторые психосензорные расстройства, а также своеобразное явление «ложного узнавания», на котором мы останавливались выше.

Несмотря на то, что эта симптоматика отмечалась далеко не всегда, наличие ее в наиболее ярких и изученных случаях заставляет предполагать, что мы имеем здесь дело не с чем-то случай-

ным, а с явлениями характерными для данной вредности и для вызываемых своеобразных патологических состояний.

Таким образом, обе рассматриваемые формы возникают в подавляющем большинстве случаев при наличии каких-то особых патологических состояний, вызываемых некоторыми экзогенными факторами и отличающихся своеобразной симптоматикой. Как самые экзогенные факторы, так и симптоматика создаваемой ими почвы, необходимой для возникновения обоих острых заболеваний, соответственно различны.

Сходство в механизмах развертывания обеих форм не ограничивается этим. Несмотря на то, что острый алкогольный галлюциноз представляет собой заболевание экзогенное, мы считаем, что в клинической картине его большое значение имеют механизмы, близкие к реактивным, следовательно, к тем, которые играют основную роль в наших параноидах. Каким образом? Ведь алкогольный галлюциноз никакого отношения к реактивным заболеваниям не имеет; основная его симптоматика—галлюцинаторный наплыв и брея — обусловлена экзогенным фактором, алкогольной интоксикацией, в соединении с фактором эндогенным, конституциональным. В этом обычном понимании алкогольный галлюциноз не содержит в себе абсолютно ничего реактивного. Однако за пределами вопроса о причине, об источнике заболевания, после того, как заболевание в виде галлюцинаторного наплыва уже возникло, начинают действовать механизмы, весьма близкие к тем, которые действуют при некоторых реактивных заболеваниях, а именно: механизмы психогенного нарастания психотической картины.

Если вместо галлюцинаций и бреда представить себе аналогичную реальную ситуацию, то поведение и все состояние больного мало будет отличаться от состояния естественной психогении, в которой при этих условиях находились бы обычно не склонные к патологическим реакциям люди. Клинические наблюдения, материалы историй болезни, рассказы больных, перенесших острый галлюциноз, отчетливо показывают, как быстро меняется все состояние и поведение больного; как под влиянием непрерывных галлюцинаторных «замечании» или «угроз» вторично усиливается напряжение больного; как оно доходит постепенно до состояния всепоглощающего аффекта страха; как похоже на состояния соответствующих психогений поведение больного, когда он обращается к окружающим со своими «последними» просьбами или застывает в отчаянии. Страх и поведение больного отчасти, следовательно, здесь вторичны, реактивны, как при психогении, и не во всем обусловлены непосредственно экзогенным болезненным процессом. Аналогичные отношения, но в более ясной форме, мы имеем и при параноидах внешней обстановки. И там, как только в связи с имеющейся почвой и специфической внешней обстановкой развертывается бред, сейчас же в возрастающей мере начинает меняться все состояние больного, быстро, как снежный ком, начинает нарастать

страх и вместе с ним параноидный психоз в целом. Акты отчаяния, самозащиты, суицидальные попытки — все это в такой же мере понятно с точки зрения данной «ситуации», т. е. положения затравленного и обреченного на смерть человека, как и при алкогольном галлюцинозе. Общая черта для обоих заболеваний заключается, следовательно, в том, что в развитии клинической картины большую (хотя и не одинаковую) роль играют понятные реакции личности, механизмы психогенного нарастания синдрома. Наличие этих механизмов, играющих определенную роль в формировании острого психоза в обеих формах, а также отмеченная уже общность условий (почвы), касающихся возникновения самого заболевания, делают до известной степени понятным сходство в клинической картине обоих по существу разнородных заболеваний.

Указывая на реактивные механизмы в поведении больного при алкогольном галлюцинозе, мы вовсе не имеем в виду оспаривать наличие при нем первичного расстройства аффективной сферы, равно как и влияние, оказываемое такого рода аффективным фоном на характер и содержание галлюцинаций больного. Аффект страха является при алкогольном галлюцинозе первичным и непосредственным симптомом болезни. За это говорит хотя бы то обстоятельство, что похмелье, которое является базой острого алкогольного галлюциноза, самостоятельно обладает отчетливой тревожной окраской аффекта; перед возникновением галлюциноза тревожный аффект, равно, как и бессонница, значительно усиливается. Галлюциноз, следовательно, развертывается на определенном, уже готовом, т. е. первичном аффективном фоне. Точно так же несомненно, что устрашающий характер галлюцинаций в известной степени детерминирован такого рода аффективным фоном. Обманы слуха при алкогольном галлюцинозе, несмотря на их многочисленность, акустическую отчетливость и силу, крайне лабильны и, как известно, подвержены влиянию самых разнообразных внешних и внутренних факторов. Естественно, поэтому, что характер и интенсивность аффекта при алкогольном галлюцинозе не могут оставаться без влияния на интенсивность галлюцинаций и на их содержание. Тем не менее, как мы сказали, симптоматика и клиническая картина алкогольного галлюциноза не обусловлены во всем и непосредственно болезненным агентом, как таковым. Структура их значительно сложнее. Наплыв слуховых галлюцинаций самим появлением, независимо от содержания и даже при наличии критики, потрясает больного и наводит на него страх. Мы знаем, что при повторных заболеваниях галлюцинозом, больные, благодаря имеющемуся опыту, реагируют на него по крайней мере вначале уже не с такой растерянностью и страхом, как раньше. Участие элементов реакции на болезнь, таким образом, не подлежит здесь сомнению. Необходимо также помнить, что временному состоянию похмелья, на базе которого развертывается галлюциноз, свойственен не столько депрессивно-аффективный фон, как таковой, сколько именно повышенная лабильность, динамичность,

пугливость, склонность реагировать страхом, паническими реакциями по небольшому сравнительно поводу. Естественно, что при этих условиях возникновение галлюцинаторного наплыва, как такового, независимо от его содержания, не может не привести понятным, т. е. вторичным путем к колоссальному возрастанию имеющегося первично у больного тревожного аффекта. Еще большее действие оказывает содержание, «устрашающее» содержание, галлюцинации. Несомненно опять-таки, что имеющиеся у больного и указанным путем усиленные страхи и растерянность в известной мере предопределяют устрашающий характер галлюцинаций. Однако галлюцинации с такого рода содержанием, возникши в качестве чувственно ясных голосов, в качестве галлюцинаторного наплыва, к которому утеряна критика, потрясают в свою очередь больного с колоссальной силой. Страх, таким образом, возрастает, как снежный ком. Большое участие в этом возрастании играют, следовательно, реактивные механизмы, в то время как первичный аффективный фон, имевшийся у больного, по интенсивности, видимо, не может быть даже сравниваем с картиной, возникающей в результате этого психогенного нарастания. Структура алкогольного галлюциноза с его необычайно выраженным, выдвинутым вперед галлюцинаторным синдромом при сравнительной интактности других сторон психики, в том числе сознания, делают понятной значительную роль, которую играют при нем реакции личности на патологические переживания.

В равной мере и бред при алкогольном галлюцинозе не может быть рассматриваем, как целиком и исключительно обусловленный болезненным процессом. Похмельный фон, на базе которого развертывается это заболевание, характеризуется, как мы знаем, определенной нерезко выраженной бредовой установкой. Без галлюцинаторного наплыва, без галлюциноза как такового мы, собственно, не встречаемся с настоящими острыми параноидами в клинике алкоголизма. Существуют, правда, формы галлюциноза, отличающиеся меньшим богатством слуховых галлюцинаций, однако и в них галлюцинаторный элемент достаточно выражен и бред по содержанию связан с ними целиком. Развитие бреда, следовательно, тесно связано при алкогольном галлюцинозе с наличием галлюцинаций. Это обстоятельство заставляет думать, что первично мы имеем здесь нерезко выраженный бредовый фон, аналогичный тому, который мы имеем в похмелье, или не на много превосходящий его. Под влиянием же нового фактора, наплыва голосов, который мы здесь снова сравниваем в какой-то мере с ролью специфической внешней обстановки, эта бредовая направленность реализуется в настоящий острый параноид. В дальнейшем под взаимным влиянием аффекта страха на галлюцинаторно бредовой синдром и наоборот происходит такое же «психогенное» нарастание бреда и психической картины в целом, какое мы видели при параноидах внешней обстановки.

Алкогольный галлюциноз или точнее алкогольный галлюцина-

торный параноид отличается, во многом от параноида внешней обстановки. Он принадлежит к параноидам экзогенного генеза, в то время как вторые — к реактивным. Однако за пределами нозологии, указывающей на основную причину заболевания, вскрываются некоторые второстепенные, общие для обеих форм механизмы развертывания симптоматики, и эти общие черты создают наряду с различиями значительное клиническое сходство между обеими формами параноидов, стоящими в нозологическом отношении весьма далеко одна от другой.

Один из этих общих механизмов, как мы видели, выражается в наличии какого-то временного изменения почвы, вызываемого определенным экзогенным фактором. Собственно, мы знаем, что для всех реактивных заболеваний, для всех психогений требуется временная астенизация личности, какое-то временное понижение сопротивляемости личности по отношению к травматизирующим психическим факторам. Это понижение сопротивляемости, астенизация личности, может быть вызвана, как известно, любыми истощающими факторами, соматогениями, бессонницей, переутомлением и т. д. Мы полагаем, однако, что состояния временного предрасположения, о которых идет речь в наших случаях, не могут быть приравниваемы к этого рода неспецифической астенизации, так как они обладают качественно иной и во многом специфической симптоматикой. Надо, повидимому, думать, что некоторые типы экзогенных и соматогенных вредностей вызывают одни состояния временного предрасположения или готовности, реагирующие излюбленно на определенные ситуационные и психогенные факторы, в то время как другие вредности вызывают соответственно другие состояния, отличающиеся сами по себе иной, хотя также мягкой, симптоматикой, и реагирующие преимущественно на другого рода психогенные вредности. Все зависит, повидимому, от особенностей этих патологических состояний, последние же обусловлены характером экзогенной вредности. Так, состояния, вызываемые истощением и бессонницей, являются состояниями, при которых особенности внешней обстановки, а не другие какие-нибудь ситуационные моменты, играют патогенную, травматизирующую роль. Может быть причина кроется частично в свойственных этим состояниям каких-то расстройствах восприятия, модифицирующих в известном направлении эту особенную внешнюю обстановку, вследствие чего из фактора почти нейтрального она превращается в травматизирующий. Основание для такого предположения дают своеобразные, хотя и мягко выраженные, расстройства, которые мы отмечали при этих состояниях, в частности явление ложного узнавания, интеллектуальные затруднения и психосензорные расстройства и т. д. Эта специфическая симптоматика обязана, видимо, своеобразию действующего здесь экзогенного или соматогенного фактора — в частности истощению и бессоннице.

В связи с этим мы полагаем, что роль экзогенных факторов и соматогений в возникновении реактивных заболеваний не может

считаться достаточно изученной в современной психиатрии. Дело, видимо, не сводится к одной только неспецифической астенизации, понижающей сопротивляемость личности к любым трудностям и конфликтам, как это обычно принято думать, а отношения представляются здесь значительно более сложными и интересными.

Мы полагаем, что во многом с той же точки зрения могут быть рассмотрены и параноиды другого генеза, в частности, относящиеся к группе пресенильных психозов. Как известно, пресенильные психозы относятся к наименее ясным отделам психиатрии, — в связи с чем в этой главе наблюдается разнообразие мнений, равно, как разнообразие выделяемых авторами форм и групп. Нас интересует здесь группа пресенильных психозов, характеризующаяся участием психогенного фактора. Этой группе посвящен ряд работ (Гейер[1], Люстерник[2], Кант[3] и др.), основной вывод которых сводится к тому, что в генезе этих заболеваний одновременно участвует целый ряд факторов. Факторы эти следующие (Люстерник): биологический фактор пресениума, конституциональный момент и реактивно психогенный фактор. Мы не излагаем здесь подробно этой точки зрения как хорошо известной и распространенной. В основном она сводится к тому, что эти заболевания не составляют определенной нозологической группы в том понимании, как это приложимо к шизофрении, циркулярному психозу, прогрессивному параличу и т. д. Предполагается, что основную роль в этих заболеваниях играет пресениум, характеризующийся определенными сдвигами в структуре личности, в частности, нарастанием элементов неуверенности, тревожности, уменьшением общей пластичности и гибкости психики, изменением характера в сторону черствости, эгоизма. Особенно эти изменения заметны при наличии конституциональных подходящих особенностей в виде мнительности, тревожности, неуверенности; таким образом и этот конституциональный момент, по мнению некоторых авторов (Гейер), играет определенную роль в генезе пресенильных психозов. Известную роль далее в возникновении пресенильных психозов играет реактивно психогенный момент, отмеченный в анамнезе большинства больных непосредственно перед началом острого заболевания. И, наконец, другие конституциональные особенности, присущие больному, накладывают свой отпечаток на клиническую картину и до известной степени объясняют различные варианты, существующие в этой группе психозов (Люстерник).

Изложенная концепция при всей ее правильности и плодотворности не уясняет, на наш взгляд, роли каждого фактора в отдельности в генезе психоза, давая лишь клинически точное описание

---

[1] Гейер. К вопросу о пресенильных психозах. Труды псих. клин. I МГУ.
[2] Люстерник. О пресенильных психозах. Там же, в. 1. 2—3.
[3] Kant. Zur Strukturanalyse der klimakterischen Psychosen Zeifschr. f. d. g. Neur u. Psich 104 (1926).

условий, при которых он возникает. Каково конкретное взаимоотношение этих факторов, каким путем создается этот своеобразный психоз с его клинической картиной параноида и меланхолии, какова, в частности, роль психогенного фактора — на этот вопрос мы не имеем ответа. Почему из наличия указанных трех факторов должен возникнуть этот специфический по своей клинической картине психоз — остается неясным. Нельзя, например, думать, что все эти факторы усиливают основные особенности пресениума и что в связи с этим возникает заболевание; такое объяснение является неудовлеворительным по той причине, что картина пресенильного психоза вовсе не представляет собой лишь пресениума, усиленного и обостренного до крайности; кроме того, картина развертывается довольно остро, давая новый тяжелый синдром пресенильного психоза, как такового, именно после и в связи с психогенным фактором. Нам представляется правильным расценивать пресенильные психозы или, вернее, ту их группу, о которой идет речь, как своеобразные реактивные заболевания. Тогда, на наш взгляд, можно будет понять роль каждого фактора в отдельности и механизм возникновения психоза в целом. Пресениум создает почву, на базе которой при наличии подходящего психогенного фактора и развертывается пресенильный параноид. Эта почва играет здесь такую же роль, как предрасположение, временно создаваемое истощением и бессонницей при рассмотренной форме ситуационных параноидов. Для того чтобы последний возник, совершенно недостаточно этого временного предрасположения, т. е. чрезвычайно бедного психопатологической симптоматикой состояния, вызываемого истощением, бессонницей и другими упомянутыми соматогениями. Требуется определенная ситуация — именно специфическая обстановка—для того, чтобы эта почва приобрела совершенно новое значение, для того чтобы развернулось реактивное заболевание. В такой же мере и пресениум даже в его более резких, патологических вариантах не представляет собой ничего большего, нежели некоторую сумму постепенно развивающихся и довольно мягко выраженных особенностей, не являющих собой ничего психотического и в большинстве случаев серьезно не затрагивающих даже работоспособности.

Без психогенного фактора, играющего здесь решающую роль (по крайней мере внешне хронологически) для возникновения психоза, пресениум остается в качестве фона, не имеющего, собственно, большого клинического значения. Развертывается психоз, как таковой, т. е. как пресенильная меланхолия с параноидом, лишь под влиянием определенной психогении. Соотношения, следовательно, таковы, как и в наших параноидах. В смысле механизма возникновения (оставляя пока в стороне содержание психоза) речь, следовательно, и здесь идет о реактивных заболеваниях особого рода. Неправильно будет, по нашему мнению, толковать эту хронологическую связь заболевания с психогенным фактором в том смысле, что этот последний играет здесь роль провоцирующего фактора, способствующего возникновению какого-то другого по своей при-

роде заболевания, а не реактивного. Такого рода роль приписывают, например, иногда психогенному фактору при возникновении шизофренического процесса, который сам по себе ничего общего с реактивным заболеваниями не имеет. Аналогия эта не применима здесь потому, что психогенный фактор в рассматриваемой нами группе пресенильных психозов имеется всегда налицо, в то время как при шизофрении громадное большинство случаев возникает совершенно самостоятельно без всякой психогении. Говорить при таких условиях о провоцирующей роли психогении в этой группе пресенильных психозов невозможно, так как роль ее в этих случаях должна быть гораздо глубже и непосредственнее. Если бы во всех случаях шизофрении или по крайней мере в большинстве случаев заболеванию предшествовал психогенный фактор, то и там роль его должна была бы расцениваться гораздо серьезнее. Но этого нет при шизофрении, а это имеется только при данной, рассматриваемой указанными авторами группе пресенильных психозов. Имеется и другая возможность толкования, к которой, видимо, и склонны авторы изложенной выше концепции. Можно думать, что фактор этот не является фактором провоцирующим, т. е. внешним, случайным, интимно не связанным с основным заболеванием, что он должен быть рассматриваем как фактор, непосредственно участвующий наряду с другими перечисленными моментами в создании клинической картины нового психоза.

Эта точка зрения клинически крайне туманная, по нашему мнению, также не приемлена. Мы знаем, правда, синдром, в генезе которого участвует не один, а ряд факторов — это так называемые хронические галлюцинозы (алкогольные, люэтические). Точка зрения Бострема, наиболее распространенная, сводится к тому, что ряд факторов, из которых каждый в отдельности способствует возникновению слуховых галлюцинаций при одновременном действии, в состоянии вызвать синдром галлюцинаторного наплыва, т. е. галлюциноза, и при помощи протрагирующих факторов (возраста, органики) способствовать протрагированному или хроническому течению этого синдрома. Такая аналогия здесь, однако, не приемлема. Факторы, участвующие при галлюцинозе, являются однородными — это все факторы непосредственно биологического порядка, действующие в одном и том же направлении. Здесь же один, притом внешне наиболее существенный, после которого именно и развертывается заболевание, фактор психического порядка. Но помимо этого, самое существенное заключается в том, что пресениум, как мы уже говорили, не есть рудимент пресенильного психоза; поэтому никакое количественное усиление одних только черт пресениума не в состоянии дать нам картины пресенильного психоза. Авторы не разъясняют, как они понимают механизм возникновения заболевания, каким образом и почему оно возникает при данных условиях. Аналогия с галлюцинозом, как мы видели, не приемлема. Как-нибудь иначе понять такого рода точку зрения, сводящуюся к равномерному участию всех перечисленных факторов в возник-

новении заболевания, мы не можем. Она указывает лишь, что пресенильный психоз возникает при наличии определенных условий,— без вскрытия, однако, внутренних патогенетических механизмов.

Если говорить не о кондициональном описании патогенеза данной группы пресенильных психозов, а о вскрытии механизмов заболевания, то возможно, по нашему мнению, только одно решение вопроса. Эти заболевания возникают на специфической подготовленной почве пресениума, под решающим влиянием психогенного фактора, как *заболевания реактивные по своей природе*.

При таком решении вопроса роль каждого из участвующих в генезе заболевания факторов делается понятной.

По клинической картине эта группа психозов также стоит, по нашему мнению, ближе всего к реактивным заболеваниям. Содержание психоза полностью отвечает травматизирующей ситуации; заболевание, следовательно, не только следует хронологически непосредственно за психической травмой, но отражает его в своем содержании; вернее оно насыщено им до крайних пределов, с вытеснением всего остального, не имеющего отношения к травматизирующей ситуации. Эта насыщенность психогенным содержанием достигает здесь таких степеней, какие не так часты даже при обычных реактивных психозах. Точно так же гиперболична аффективная окраска, напряженная тоска и тревога, не знающая никаких оттенков или колебаний. Отличает эти заболевания от обычных психогений именно необычайная стойкость аффекта, сохраняющая всю свою первоначальную и естественную для начала силу на неопределенно длительный период; характерна именно известная монотонность аффекта, производящая вначале потрясающее впечатление своей силой, а затем утомляющая однообразием. Отличает также от других реактивных заболеваний то, что изменения в ситуации мало отражаются или вовсе не отражаются на состоянии больного. Раз начавшееся под влиянием психогении тяжелое психотическое состояние длится затем в виде бесконечного Dauerzustand, не подвергаясь никаким изменениям и влияниям со стороны окружающих или даже основной травматизирующей ситуации. В этом отличие данной группы заболевания от обычных реактивных психозов, с которыми она во всем остальном и важнейшем качественно сходна.

Отличия объясняются тем, что мы имеем здесь дело, как и при параноидах внешней обстановки, не с обычными, а со своеобразными, особыми реактивными заболеваниями. Как и там, огромную роль играет здесь почва, предрасположение, создаваемое в этих случаях пресениумом. При параноидах внешней обстановки только почва, временное предрасположение создает из внешней обстановки, по сути дела нейтральной или мало патогенной, фактор мощный по своему травматизирующему воздействию. В такой же мере только благодаря патологической почве, обладающей рядом

специфических особенностей, пресениум, ситуационный фактор, часто ничтожный с обыденной точки зрения, приобретает характер тяжелой психической травмы, воспринимается, как нечто непоправимое, катастрофическое.

Эта специфическая почва, обязанная пресениуму, является фактором более длительным, чем те сравнительно кратковременные состояния, которые обязаны истощению и бессоннице. Это фактор вообще неопределенный по своей длительности. При этих условиях реактивное заболевание, возникшее на такого рода почве и беспрерывно питаемое ею, не подвергается обратному развитию, фиксируется и остается в качестве неопределенного по своей длительности состояния, так как пресениум — фактор, который придал ситуационному фактору его мощное травматизирующее действие, не исчез, а продолжает свое действие. Особенность заключается также в том, что заболевание, раз возникши, развивается дальше по упомянутым выше механизмам психогенного нарастания. Воспринятая бредовым образом ситуация усиливает аффект страха, что ведет вторично и в свою очередь к углублению бреда, усилению тревожной ажитации и к дальнейшему обострению болезненной картины; возникает до известной степени circulus vitiosus. Психогенное нарастание свойственно данному заболеванию в такой же мере, как алкогольному галлюцинозу или описанным ситуационным параноидам, несмотря на то, что заболевания эти во многом глубоко различны по своей природе. Клиническая картина во всех этих случаях не может быть полностью понятна из одного экзогенного фактора, как, например, при остром алкогольном галлюцинозе; она не может быть целиком понятна и из начального психогенного фактора там, где он имеется (как при рассматриваемой группе пресенильных психозов). Для понимания клинической картины в целом нельзя обойтись без привлечения этого специального механизма психогенного нарастания синдрома. Перечисленные выше различия по сравнению с обычными реактивными заболеваниями развертываются здесь при глубоко патологических условиях, на базе совершенно особенного по своим качествам и неопределенного по своей длительности патологического состояния — пресениума. Роль ситуации при всей подчеркиваемой нами условности ее действия не может быть приравниваема к факторам, имеющим лишь патопластическое значение. Она не только дает содержание, окрашивает собой симптоматику, но является важнейшей причиной заболевания в целом. Несущественно, что с обыденной, здоровой точки зрения она представляет собой весьма относительную, ничтожную величину. Важно то, что без нее не было бы психоза. Роль ситуационного фактора, следовательно, не патопластическая, а причинная подобно роли специфической внешней обстановки при рассмотренных выше параноидах. Данная группа пресенильных психозов, как и параноиды внешней обстановки, доказывают этим свою принадлежность к реактивным психозам. В рамках этих последних они занимают особое место ввиду условности действия ситуационного

момента и ввиду огромного значения почвы приобретенного предрасположения для развертывания заболевания.

В некоторых случаях к фактору пресениума могут, повидимому, присоединяться другие факторы, действующие в том же направлении и способствующие возникновению психогении. Как и при острых реактивных параноидах таким дополнительным фактором может служить ремиттировавший шизофренический процесс, а в иных случаях шизофренический процесс в более активном стадии. В случаях ремиттировавшей шизофрении симптоматика и течение развернувшегося пресенильного заболевания немногим отличается от других, более чистых не осложненных шизофренией, случаев. В случаях возникновения данного пресенильного заболевания на базе активного стадия шизофрении симптоматика и течение заболевания во многом зависят от судьбы шизофренического процесса. Повидимому, клинически зависимости аналогичны здесь во многом тем, которые мы видели выше и описали при чистых и осложненных формах параноидов внешней обстановки.

Таково в общих чертах понимание данной группы пресенильных психозов, как оно, по нашему мнению, вытекает из анализа клинической картины и условий возникновения. В равной мере оно напрашивается из аналогии с изучаемой нами формой острых реактивных параноидов. Это понимание намечено нами здесь лишь в общих наиболее существенных чертах. Сложность проблемы пресенильных психозов требует более детального и конкретного рассмотрения ее, чего мы не могли, конечно, сделать в настоящем контексте.

Во всех этих случаях речь идет о реактивных заболеваниях особого рода. Не только клиническая картина здесь своеобразна и своеобразны механизмы, играющие в них роль, но самое заболевание становится в них возможным лишь благодаря глубокому изменению почвы. Это патологические психогенные реакции, обусловленные изменением почвы в значительно большей мере, чем мы это видим в клинике при обычных реактивных заболеваниях.

ЛИТЕРАТУРА

Abeles and Schilder. Psychogenic Loss of personal Identity amnesia. Arch. of Neurol. and Psych. v. 34, 1935.

Allers. Ueber psychogene Störungen in sprachfremder Umgebung. (Der Verfolgungswahn der sprachlich isolierten.). Zeitschrift f. die ges. Neur. u. Psych. Bd. 60 (1920).

Axenfeld. Staroperation und Psyche. Arch. f. Psychiatrie, 74 (1928).

Birnbaum. Zur Frage der psychogenen Krankheitsformen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1 (1910).

Birnbaum. Klin. Schwierigkeiten im Psychogeniegebiet. Monatschrift f. Neur. u. Psych., 41 (1917).

Böge. Die periodische Paranoia. Arch. f. Psych., 43 (1908).

Введенский. Реактивные психозы у алкоголиков. Труды псих. клин. 1 ММИ в. 4.

Он же. Судебно-психиатрическая оценка реактивных состояний. Проблемы суд. психиатрии. (1938).

Вайсфельд. Первичный бред. Труды Ин-та им. Ганнушкина, в. 1.

Вайсфельд. Параноидные феномены. Труды Ин-та им. Ганнушкина, в. 3.

Braun. Psychogene Reaktionen. Handbuch der Psychiatrie von Bumke. Bd. 5.

Галачьян. Об остро-паранойяльном синдроме при ман.-депрессивном психозе. Журн. психол., невр., псих. т. III (1923).

Ганнушкин. Острая паранойя (1904).

Ганнушкин. Клиника психопатий (1933).

Гейер. К вопросу о пресенильных психозах. Труды псих. клин. I МГУ. в. 1.

Гейер. Некоторые соображения об острых и хронических паранойях. Там же.

Гейер. К учению о паранойях. Журн. псих., невр., псих. (1922).

Gurewitsch. Ueber primitiven Psychogenien Zeitsehr f. d. ges. Neuer. u. Ps. (1923).

Gierlich. Ueber periodische Paranoia. Arch. f. Psychiatrie, 40. (1905).

Gaupp. Ueber paranoische Veranlagung und abortive Paranoia. Zentralblatt für Nervenheilkunde. (1910).

Жислин. Об одной форме острого параноида. Труды Ворон. псих. клин. (1934).

Жислин. Об алкогольных расстройствах. Воронеж (1935).

Friedmann: Beiträge zur Lehre von der Paranoia. Monatschrift. f. Psych., Bd. 17, (1905).

Försterling Ueber die paranoiden Reaktionen in der Haft. (1923).

Forster: Die klinische stellung der Angstpsychosen. Berlin (1910).

Frank-Hochwart: Ueber Psychosen nach Augenoperationen. K. Psych., Bd. 9 (1890).

Herschmann: Bemerkungen zu der Arbeit von Allers: «Ueber psychogene Störungen in sprachfremder Umgebung». Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 66 (1921).

Hoche: Handbuch für die gerichtliche Psychiatrie. Bd. 3. (1934).

Jaspers: Heimwehreaktionen. Arch. f. Kriminalpathologie, 35 (1906).

Jaspers: Allgemeine Psychopathologie,

Kretschmer: Der sensitive Beziehungswahn. 2. Aufl. (1927).
Kretschmer: Ueber psychogene Wahnbildung bei traumatischer Hirnschwäche. Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych., Bd. 45, (1919).
Kleist. Die Involutionsparanoia. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 70 (1919).
Kleist. Die Streitfrage der akuten Paranoia. Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych., Bd. 5, (1910).
Knigge: Zur Frage über primitiven Beziehungwahn. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.
Kehrer: Paranoische Reaktionen. Handbuch d. Psychiatrie von Bumke. Bd. 6.
Kehrer: Erotische Wahnbildungen sexuell unbefriedigter weiblicher Wesen. Arch. f. Psych. Bd. 65 (1922).
Kehrer und Kretschmer: Veranlagung zu seelischen Störungen.
Краснушкин. Zur Frage der Einteilung der Psychogenien Zeitschr f. d. ges. Neur. u. Ps. 115 (1928).
Кроль и Бурковская. Острые галлюцинаторно-параноидные состояния в связи с вынужденным бодроствованием. журн. Невропатология и психиатрия № 2—3. (1939).
Kant. Zur Strukturanalyse der klimakterischen Psychosen. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 104. (1926).
Kraepelin. Psychiatrie; Bd. 4. (1915).
Kant, Otto. Beiträge zur Paranoiforschung. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 108, 110. 127.
Kirn. Die Psychosen in der Strafanstalt. Allg. Z. d. Psych. 45 (1899).
Лысаковский. К вопросу о «реактивных» психозах. Труды Пермск. психолечебницы, в. 1 (1931).
Люстерник. К вопросу о пресенильных психозах. Труды псих. клиники 1 МГУ, в. 2.
Lange. Die Paranoiafrage. Handbuch der Psychiatrie von Aschaffenburg.
Lewin, James. Situationspsychosen. Arch. Psych. Bd. 58 (1917).
Meyer. Beitrag zur Kenntniss des Einflusses kriegerischer Ereignisse auf die Entstelhung geistiger Störungen. Arch. f. Psych., Bd. 56 (1915).
Молохов. О параноических и параноидных реакциях. Труды юбил. сессии псих. Клин. I ММИ.
Merklin. Ueber das Misstrauen und den sogenannten Verfolgungswahn der schwerhörigen. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 79 (1918).
Попов Е. А. К вопросу об одной особенной форме экзогенного типа реакции. Сов. психоневр. 2—3 (1931).
Попов Е. А. Делирий и бессонница. Врач. дело. 2. (1934).
Nitsche und Wilmans: Die Geschichte der Haftpsychosen.
Riebeth: Ueber das induzierte Irresein. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 22, (1914).
Rawak. Katamnese über Angstpsychosen. Monatschrift f. Psych., Bd. 72 (1929).
Schneider Kurt. Ueber primitiven Beziehungswan. Zschrft. f. d. ges. Neur. u. Psych., 127 (1930).
Schneider Kurt. Psychiatrisch Vorlesungen. (2 изд.).
Stransky: Die paranoiden Erkrankungen Zeitschrft. f. d. ges Neur u. Psych. Bd. 18, (1913).
Thomsen: Die akute Paranoia. Arch. f. Psych., Bd. 45 (1909).
Többen: Ein Beitrag zur Psychologie der zu lebenslänglicher Zuchthaussrafe usw. Monatschrift f. kriminal Psychologie, 1912, Heft 8.
Wilmans: Ueber Gefängnispsychosen.

СОДЕРЖАНИЕ

Ответственный редактор *Крайц С. В.*

Технический редактор *Гранат И. Т.* Корректор *Артеменко А. С.*

Сдано в набор 5 сентября 1939 года. Подписано в печать 7 января 1940 года. Бумага 60×92 1/16 см.; объем: печатных листов 7 1/2, авторских листов 10,0, знаков в печатном листе 54 500.

Мособлгорлит № Б-1624. Заказ 964. Тираж 1 500. экз.

Набрано и сматрицировано в типографии «Известий Советов депутатов трудящихся СССР». Москва.

Отпечатано с матриц в 3-й фабрике книги «Красный пролетарий». Москва, Краснопролетарская, 16.